

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DEL TRABAJO  
GRADO EN TRABAJO SOCIAL

Trabajo de Fin de Grado

# GRUPOS DE PSICOEDUCACIÓN PARA PADRES DE NIÑOS CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

Alumna: Rocío García Molinero  
Directora: Eva M<sup>a</sup> Garcés Trullenque  
Grupo: 1  
Zaragoza, [Junio, 2014]



**Universidad**  
Zaragoza



Facultad de  
Ciencias Sociales  
y del Trabajo  
**Universidad** Zaragoza

---



---

 ÍNDICE
 

---



---

<b>ÍNDICE.....</b>	<b>1</b>
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>3</b>
<b>METODOLOGÍA .....</b>	<b>4</b>
<b>FUNDAMENTACIÓN.....</b>	<b>5</b>
¿QUÉ ES EL T.D.A.H.? .....	5
CAUSAS DEL T.D.A.H. ....	9
COMORBILIDAD .....	12
EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO.....	15
TRATAMIENTO .....	22
RELACIÓN DEL T.D.A.H. Y LA FAMILIA .....	24
¿QUÉ ES LA PSICOEDUCACIÓN?.....	28
<b>DISEÑO DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN.....</b>	<b>33</b>
MARCO INSTITUCIONAL, ÁMBITO TERRITORIAL DE ACTUACIÓN Y DELIMITACIÓN TEMPORAL.....	33
OBJETIVOS GENERALES Y/O ESPECÍFICOS DEL PROYECTO .....	34
ACTUACIONES Y ACTIVIDADES A DESARROLLAR .....	35
METODOLOGÍA .....	39
RECURSOS MATERIALES Y HUMANOS .....	56
ORGANIZACIÓN DEL EQUIPO DE TRABAJO Y ASIGNACIÓN DE RESPONSABILIDADES .....	58
PRESUPUESTO Y FUENTES DE FINANCIACIÓN.....	59
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>63</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>66</b>
<b>ÍNDICE DE TABLAS.....</b>	<b>68</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>69</b>
ANEXO 1.....	69
ANEXO 2.....	71
ANEXO 3.....	72
ANEXO 4.....	73
ANEXO 5.....	75
ANEXO 6.....	77
ANEXO 7.....	78

<b>ANEXO 8.....</b>	<b>80</b>
<b>ANEXO 9.....</b>	<b>81</b>
<b>ANEXO 10.....</b>	<b>82</b>
<b>ANEXO 11.....</b>	<b>83</b>
<b>ANEXO 12 .....</b>	<b>84</b>
<b>ANEXO 13 .....</b>	<b>85</b>

---

## INTRODUCCIÓN

---

A lo largo de los años cursados en el Grado de Trabajo Social en la Universidad de Zaragoza hemos conocido y estudiado cuál es el objeto del Trabajo Social así como diversos colectivos que son objeto de la intervención social. Dentro de dichos colectivos, el de menores es uno de los que más me ha llamado la atención por su creciente importancia en la sociedad.

Por otra parte, en este último año del Grado he realizado durante el primer cuatrimestre el Prácticum de Intervención en el Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa", concretamente en el área de psiquiatría. Durante estos meses hemos tratado tanto con adultos como con menores, siendo estos últimos quienes más han despertado mi interés. Dentro de las problemáticas que presentaba dicho colectivo, el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (T.D.A.H.) ha sido el más común.

Ambos aspectos me han impulsado a buscar más información respecto al colectivo de menores y su relación con el T.D.A.H. En este sentido considero de gran importancia la labor del trabajador social en este campo, siempre en relación con otros profesionales, trabajando en colaboración y de manera coordinada. Dicha importancia radica en la necesidad de estudiar e intervenir en las causas sociales y psicológicas que acompañan a las biológicas del T.D.A.H.

Por otra parte, tanto a través de mi experiencia en el Prácticum de Intervención como de mi búsqueda personal de información al respecto, he podido observar cierto desconocimiento por parte de los familiares acerca del comportamiento de los niños diagnosticados de T.D.A.H. así como del propio T.D.A.H. Por estos motivos he decidido centrar mi Trabajo de Fin de Grado en el estudio del T.D.A.H. y su relación con la familia, de cara a la elaboración de una propuesta de proyecto de psicoeducación para dotar a los padres de la información, las habilidades y las estrategias necesarias para ayudar a sus hijos y favorecer así el bienestar de la familia reduciendo el nivel de estrés.

## METODOLOGÍA

---

Para la elaboración de este Trabajo de Fin de Grado se han empleado diversas técnicas y herramientas para la recogida de datos, el análisis de los mismos y, por último, la elaboración del proyecto de intervención social.

La técnica principal en la que se ha sustentado todo el Trabajo de Fin de Grado ha sido la búsqueda y revisión bibliográfica de material relacionado con el T.D.A.H. Se han incluido libros, artículos, revistas y experiencias que versan sobre las características principales del T.D.A.H. y la relación que guarda con la familia, así como sobre la psicoeducación y su aplicación al T.D.A.H. de cara a la elaboración del proyecto de intervención social.

En segundo lugar, durante los meses en los que duró el Prácticum de Intervención, se llevó a cabo la técnica de la observación en el Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa", lo cual me permitió conocer en profundidad la institución en la que se desea desarrollar e implementar el proyecto de intervención social.

Una vez recopilada toda la información obtenida mediante las dos vías mencionadas anteriormente, se procedió a su ordenación y análisis para la elaboración tanto de la fundamentación como del propio proyecto de este Trabajo de Fin de Grado.

Por último, una vez finalizado y revisado el Trabajo de Fin de Grado en su totalidad, se llevó a cabo la síntesis del mismo con el objeto de obtener la información más relevante para la presentación y la defensa oral ante el Tribunal.

---

## FUNDAMENTACIÓN

---

---

### ¿QUÉ ES EL T.D.A.H.?

---

Según Lavigne, R. y Romero, J. F. (2010), en el estudio del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (T.D.A.H.) se pueden observar dos líneas de investigación y tratamiento distintas que aunque actualmente se encuentran relacionadas entre sí, siempre se han considerado divergentes. La primera de ellas está caracterizada por un tratamiento dirigido únicamente al paciente del trastorno mediante el suministro de fármacos para reducir la actividad motriz; mientras que la segunda, además de considerar la inatención como el síntoma determinante y no la hiperactividad, incluye en el tratamiento tanto al paciente como a la familia y a la escuela.

En la actualidad y desde finales de los años ochenta, ambas líneas confluyen aceptando que el T.D.A.H. es *"un trastorno de origen neuropsicológico que afecta a procesos psicológicos básicos para la adaptación social y afectiva, y para el aprendizaje (entre los cuales además de la inatención y la falta de control inhibitorio de la conducta, se incluyen las dificultades en la autorregulación de las funciones ejecutivas)"*. (Lavigne, R. y Romero, J. F., 2010, pp.16). Afirmación compartida en relación al origen por Amador, J. A., Forns, M. y González, M. (2010) quienes, además, añaden que afecta a un porcentaje de entre 3% - 6% de los niños en edad preescolar, apareciendo en la infancia y perdurando en ocasiones hasta la adolescencia y la edad adulta con un índice de persistencia entre el 70% - 80% en la adolescencia y de un 60% en la edad adulta.

La caracterización, según Lavigne, R. y Romero, J. F. (2010), puede darse en función de dos esquemas diagnósticos principales: el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (en inglés, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) de la Asociación Americana de Psiquiatría (en inglés, American Psychiatric Association) (DSM-IV (-TR)) y la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión (CIE-10). Ambos

esquemas coinciden en la presencia de síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad que se mantienen en el tiempo, se presentan antes de los siete años, tal y como afirman Bernaldo de Quirós, G. y Joselevich, E. (2003), y dan lugar a desajustes en al menos dos contextos distintos tales como el hogar, la escuela, el grupo de iguales o el trabajo. La principal diferencia entre ambos radica en que el CIE-10 requiere como mínimo seis síntomas de inatención, tres de hiperactividad y uno de impulsividad, es decir, deben estar presentes los tres síntomas; mientras que el DSM-IV (-TR) únicamente requiere como mínimo seis síntomas de inatención, hiperactividad o impulsividad, es decir, únicamente uno de los síntomas.

Los síntomas para el diagnóstico del trastorno hiperactivo según la CIE-10 son:

### **DESATENCIÓN**

- No presta suficiente atención a los detalles.**
- Tiene dificultades para mantener la atención.**
- Parece no escuchar.**
- No finaliza las tareas.**
- Tiene dificultades para organizar las tareas.**
- Evita el esfuerzo mental sostenido.**
- Pierde objetos.**
- Se distrae por estímulos irrelevantes.**
- Es olvidadizo.**

### **HIPERACTIVIDAD**

- Mueve en exceso manos y pies.**
- Abandona su asiento en la clase.**
- Corre o salta constantemente.**
- Tiene dificultad para jugar tranquilamente.**

### **IMPULSIVIDAD**

- Habla en exceso.**

Tabla 1. Criterios para el T.D.A.H. según la CIE-10.

Fuente: Lavigne, R. y Romero, J. F. (2010). *El TDAH. ¿Qué es?, ¿qué lo causa?, ¿cómo evaluarlo y tratarlo?* (pp. 17). Madrid: Ediciones Pirámide.

Y los criterios para el diagnóstico según el DSM-IV (APA, 1994, 2001) son los siguientes:

---

### **DESATENCIÓN**

- A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.**
- A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades lúdicas.**
- A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente.**
- A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones en el centro de trabajo.**
- A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades.**
- A menudo evita, le disgusta o es renuente a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido.**
- A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades.**
- A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.**
- A menudo es descuidado en las actividades diarias.**

### **HIPERACTIVIDAD**

- A menudo mueve en exceso manos y pies, o se remueve en el asiento.**
- A menudo abandona su asiento en clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.**
- A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo.**
- A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.**
- A menudo está en marcha o suele actuar como si tuviera un motor.**
- A menudo habla en exceso.**

### **IMPULSIVIDAD**

---



- A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.**
- A menudo tiene dificultades para guardar turno.**
- A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros.**

Tabla 2. Criterios T.D.A.H. según el DSM-IV

Fuente: Lavigne, R. y Romero, J. F. (2010). *El TDAH. ¿Qué es?, ¿qué lo causa?, ¿cómo evaluarlo y tratarlo?* (pp. 18-19). Madrid: Ediciones Pirámide.

Según Lavigne, R. y Romero, J. F. (2010), autores de las anteriores tablas, el DSM-IV (-TR) delimita cuatro subtipos de T.D.A.H.:

- Con predominio del déficit de atención: seis o más síntomas de desatención durante al menos seis meses y con una intensidad desadaptativa e incoherente en relación al nivel de desarrollo.
- Con predominio hiperactivo-impulsivo: seis o más síntomas de hiperactividad-impulsividad durante al menos seis meses y con una intensidad desadaptativa e incoherente en relación al nivel de desarrollo.
- Combinado: seis o más síntomas de desatención y seis o más síntomas de hiperactividad-impulsividad durante al menos seis meses y con una intensidad desadaptativa e incoherente en relación al nivel de desarrollo.
- No especificado: síntomas de desatención o hiperactividad-impulsividad que no cumplen los criterios de temporalidad ni intensidad.

## CAUSAS DEL T.D.A.H.

Actualmente todavía no se conoce con certeza la causa del T.D.A.H. pero, sin embargo, Lavigne, R. y Romero, J. F. (2010) hablan de cuatro hipótesis fundamentales: neuroanatómicas y/o funcionales, genéticas, neuroquímicas y psicológicas.

La primera hipótesis se basa en explicaciones acerca de la anatomía cerebral y su funcionamiento. Según los mencionados autores, existen evidentes diferencias estructurales en distintas zonas del cerebro entre niños que padecen T.D.A.H. y niños sin ningún problema aparente, lo cual se encuentra reforzado por Amador, J. A., Forns, M. y González, M. (2010) ya que afirman que la estructura del cerebro de los niños con T.D.A.H. tiene menor volumen en regiones frontales, temporales y parietales del córtex y en los ganglios basales; y, además, las áreas que controlan la atención son más pequeñas y menos activas que en los niños que no presentan el mencionado trastorno. En relación al funcionamiento, Castellanos et al. (2002) (citado en Amador, J. A., Forns, M. y González, M., 2010) defiende un hipofuncionamiento en el sistema frontoestriado, el córtex prefrontal dorsolateral, el cíngulo anterior, los ganglios basales, la zona superior del lóbulo parietal, el córtex premotor lateral y el vérmix del cerebelo con una menor actividad eléctrica, menor flujo sanguíneo y menor actividad cerebral.

La segunda hipótesis establece la genética como explicación del T.D.A.H. Los estudios de los antecedentes familiares de personas con T.D.A.H. han puesto de manifiesto según Amador, J. A., Forns, M. y González, M. (2010) que entre el 10% - 35% de los familiares de primer grado de los niños con T.D.A.H. presentan también el trastorno, frente al 5% de aquellos familiares sin niños con T.D.A.H., así como un número mayor de alteraciones psicopatológicas tales como trastornos del estado de ánimo, ansiedad, trastorno disocial, etc. Además, cuando uno de los progenitores padece T.D.A.H., el riesgo de que alguno de sus hijos lo presente oscila entre el 55% - 57%. En relación a esta hipótesis, diversos autores establecen una serie de

genes relacionados con el T.D.A.H. y, aquellos que guardan mayor relación son *"el gen transportador de la dopamina (DAT1), los genes de los receptores de la dopamina D<sub>2</sub> (DRD2), D<sub>4</sub> (DRD4) y D<sub>5</sub> (DRD5), el gen transportador de serotonina (5-HTT), el gen receptor de serotonina (HTR1B), el gen de la dopamina hidroxilasa (DBH), proteína responsable de la conversión de la dopamina en norepinefrina, y la proteína asociada al complejo sinaptosomal 25, una proteína de la membrana pre-sináptica responsable de la elongación axonal y la sinaptogénesis, que desempeña una función esencial para la difusión de las vesículas sinápticas y la liberación de neurotransmisores"*. (Faraone y Khan, 2006. Citado en Amador, J. A., Forns, M. y González, M., 2010, pp.32).

La tercera hipótesis se basa en la química del cerebro, aceptando según Artigas (2004) (citado en Lavigne, R. y Romero, J. F., 2010) déficit ejecutivos en las funciones cognitivas derivados de la existencia de una disfunción de los impulsos nerviosos en determinados circuitos frontoestriados mediados por la dopamina y la noradrenalina.

La última de las hipótesis principales, la cuarta, se centra en la psicología. Según los autores Lavigne, R. y Romero, J. F. (2010) las propuestas más significativas son tres: las explicaciones centradas en las conductas, que establecen la constante e involuntaria hiperactividad como protagonista del T.D.A.H.; las explicaciones cognitivas, que proponen como síntoma principal la desinhibición conductual; y, por último, las explicaciones eclécticas, las cuales no se ocupan del origen del trastorno, sino de aquellas técnicas más eficaces para tratarlo, por lo que combinan varias guías de intervención y programas terapéuticos independientemente de su origen teórico.

Estas cuatro hipótesis principales se encuentran acompañadas de otras que se han utilizado en alguna ocasión a lo largo del estudio del trastorno pero que dadas sus peculiares características son de difícil adscripción como, por ejemplo, las explicaciones basadas en la dieta de los niños.

En último lugar, a la hora de estudiar las causas del T.D.A.H., es importante hacer mención a los factores de riesgo del mismo puesto que, cuanto antes sea detectado el problema, antes se podrán tomar las medidas oportunas para solucionarlo. Barkley (2006) (citado en Amador, J. A., Forns, M. y González, M., 2010) afirma que los factores de riesgo más frecuentes para el T.D.A.H. son las complicaciones durante el embarazo y el parto como, por ejemplo, problemas de salud de la madre, sufrimiento fetal, bajo peso al nacer, exposición al tabaco, alcohol u otros tóxicos.

---

## COMORBILIDAD

---

Se denomina comorbilidad a *"los trastornos psiquiátricos o de aprendizaje que coexisten con la condición diagnóstica a la que hace referencia"* (Michanie, C., 2000, pp.42). Según el mencionado autor, este fenómeno no implica necesariamente una relación de causalidad entre los trastornos que coexisten, sino que únicamente hace referencia a una alta probabilidad de asociación de distintas patologías en un mismo individuo. Y, según opina, es importante tenerla en cuenta en este estudio puesto que el T.D.A.H. consta de una frecuente asociación con otros trastornos psiquiátricos.

---

### COMORBILIDAD CON TRASTORNOS DE ANSIEDAD

---

*"El T.D.A.H. y los trastornos de ansiedad infantil se presentan juntos en aproximadamente un 25% de los casos"* (Biederman et al., 1991. Citado en Lavigne, R. y Romero, J. F., 2010, pp. 93).

Según Michanie, C. (2000), los trastornos de ansiedad se caracterizan principalmente por temores y preocupaciones excesivas y persistentes, la evitación fóbica y los ataques de pánico. Tanto el mencionado autor como Montañés, F. y de Lucas, M. T. (2006) y Bernaldo de Quirós, G. y Joselevich, E. (2003), coinciden en la forma de presentación más común, la denominada angustia de separación, la cual se manifiesta como la dificultad de los niños para desprenderse de sus padres.

Los niños que presentan T.D.A.H. y trastornos de ansiedad excesiva comórbidos presentan una peor adaptación escolar, social y familiar que aquellos que solo tienen diagnosticado T.D.A.H. Además, según Eysenk y Calvo (1992) (citado en Lavigne, R. y Romero, J. F., 2010), en relación a las tareas presentan mayores dificultades en el desempeño de aquellas que requieren un gran uso de memoria de trabajo; pero, sin embargo, presentan menos dificultades en las que se controla el tiempo de reacción.

---

### COMORBILIDAD CON ESTADOS DE ÁNIMO

---

Los trastornos del estado de ánimo incluyen, según Lavigne, R. y Romero, J. F. (2010), trastornos del estado de ánimo unipolares (trastorno depresivo mayor y distimia) y trastornos bipolares.

Según Michanie, C. (2000), entre un 20% y 30% de los niños con T.D.A.H. presenta a su vez cuadros depresivos mayores, los cuales se caracterizan principalmente por tristeza o irritabilidad persistentes y pérdida de interés en casi todas las actividades.

En la población que presenta ambos trastornos, según el mencionado autor, el riesgo de abuso de alcohol o de drogas así como el de suicidio es mayor.

---

### COMORBILIDAD CON TRASTORNOS DE COMPORTAMIENTO

---

Los trastornos de comportamiento están comprendidos por el trastorno negativista desafiante u opositor desafiante, el trastorno disocial y el trastorno del comportamiento perturbador no especificado.

*"El 50% de los niños con T.D.A.H. presenta uno de los trastornos de conducta mencionados comórbido"* (Angold et al., 1999; Wolraich et al., 1996. Citado en Lavigne, R. y Romero, J. F., 2010, pp.97).

Lavigne, R. y Romero, J. F. (2010) afirman que el trastorno opositor desafiante se caracteriza por una persistente negatividad e ira con oposición dirigida hacia figuras de autoridad. Y, por su parte, el trastorno disocial por la persistente violación de las reglas sociales y los derechos de los demás.

La comorbilidad con estos problemas de conducta aumenta de forma significativa, tal y como expresa Michanie, C. (2000), el riesgo de consumo de sustancias y de conductas delictivas en comparación con aquellos niños que solo presentan T.D.A.H.

---

### COMORBILIDAD CON TICS

---

Los tics son *"movimientos motores o vocales, repentinos, rápidos, recurrentes y sin un patrón rítmico que aparecen usualmente en forma de salvas varias veces en el día"*. (Michanie, C., 2000, pp.47). Según este mismo autor, los tics pueden ser simples, cuando únicamente se lleva a cabo con un grupo muscular; o complejos, si involucran a varios grupos musculares. Y, así mismo, pueden ser transitorios o crónicos.

Los tics crónicos pueden ser únicamente motores, únicamente vocales, o mixtos. El síndrome Gilles de La Tourette es aquel mixto, en el que se dan tanto tics motores como tics vocales.

Michanie, C. (2000) afirma que un 10% de los niños que presentan T.D.A.H. presentan además tics crónicos simples o el síndrome Gilles de La Tourette. Sin embargo, tanto este autor como Lavigne, R. y Romero, J. F. (2010) afirman que es mayor el porcentaje de niños que con el cuadro de Gilles de La Tourette presentan un T.D.A.H. comórbido.

---

### COMORBILIDAD CON TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE

---

Lavigne, R. y Romero, J. F. (2010) lo denominan dificultades específicas en el aprendizaje. Y afirman que entre un 20% - 25% de los niños con T.D.A.H. las presentan de forma comórbida.

Según estos autores, los niños que presentan ambos trastornos de forma comórbida parecen frecuentemente desconcertados y sin saber cómo actuar ante instrucciones. Por lo tanto, sus respuestas se caracterizan por la inactividad y la vacilación. Y, según Michanie, C. (2000) ambas patologías juntas potencian los problemas en el rendimiento académico, provocando un alto porcentaje de fracaso escolar entre estos niños.

---

## EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO

---

La evaluación del T.D.A.H. se lleva a cabo con el objetivo de identificar si realmente se trata de tal trastorno y si presenta comorbilidad, cuáles son los componentes psiconeurológicos del mismo, cómo afecta al ámbito familiar, escolar y social del sujeto y, sobre todo, para proponer un plan de intervención adecuado, según afirman Miranda, Jarque y Amado (2001) (citado en Lavigne, R. y Romero, J. F., 2010).

Lavigne, R. y Romero, J. F. (2010) exponen un protocolo multidisciplinar de evaluación y diagnóstico del T.D.A.H. desde dos perspectivas diferentes: la psicoeducativa y la médica, ya que opinan que éste es un proceso complejo que requiere el establecimiento de un protocolo de actuación a seguir con la finalidad de facilitar la labor de búsqueda de información relevante en el menor tiempo posible.

---

### EVALUACIÓN PSICOEDUCATIVA

---

Según los mencionados autores, la evaluación psicoeducativa forma parte del proceso general de intervención psicoeducativa puesto que se trata de un proceso dinámico e interactivo en el que se interviene de manera directa o indirecta con el propio sujeto, los profesores, los compañeros y las familias.

En esta evaluación, el objetivo principal de análisis es el triángulo formado por el profesor-tarea-alumno, es decir, debe centrarse en una tarea que el profesor debe enseñar y el alumno aprender. Pero siempre sin dejar de tener en cuenta el contexto en el que se encuentran ambos, aplicando una perspectiva sistémica con el objetivo de colaborar entre los diferentes agentes implicados (familia, institución escolar, otros profesionales, etc.) para prevenir y detectar y, en su caso, elaborar los planes adecuados para la solución de las dificultades.

Los objetivos fundamentales de la evaluación psicoeducativa son, según Lavigne, R. y Romero, J. F. (2010): describir de forma detallada las variables y



elementos que intervienen en el problema; buscar una explicación coherente sobre qué dio lugar al trastorno y por qué; y hacer un diagnóstico que permita proponer un plan de actuación adecuado en función al problema. Para lograr el cumplimiento de los mismos, afirman que deben seguirse tres niveles generales. En primer lugar se sitúan las personas y contextos que deben ser sometidos a evaluación tales como las tareas, alumnos, maestros, centros, familias y entorno social y cultural para, en segundo lugar, concretar las variables y procesos psicológicos de los mismos con el objetivo final de lograr la prescripción de planes y programas específicos para cada uno de ellos.

---

### EVALUACIÓN MÉDICA

---

Para dar lugar a la evaluación multidisciplinar mencionada al inicio, la evaluación psicoeducativa debe acompañarse de una evaluación médica que, tal y como sugieren Lavigne, R. y Romero, J. F. (2010), descarte la posibilidad de otras patologías.

En este sentido, Pliszka et al. (2007) (citado en Lavigne, R. y Romero, J. F., 2010), elaboran una serie de recomendaciones a seguir. En primer lugar, realizar un screening de T.D.A.H. a través de los ítems marcados por el DSM-IV (-TR) y, en caso de posibles sospechas, continuar con la evaluación a través de entrevistas a los padres y al propio sujeto. En tercer lugar, realizar pruebas neurológicas en caso de antecedentes médicos significativos del niño así como pruebas psicológicas si el sujeto presenta dificultades específicas en el aprendizaje. Y, por último, comprobar si existe comorbilidad con otros trastornos.

Por último, Amador, J. A., Forns, M. y González, M. (2010) hacen referencia a la necesidad de adecuar las áreas a evaluar y los procedimientos a utilizar según se trate de un niño, un adolescente o un adulto. Además, mencionan algunos de los instrumentos de evaluación de uso preferente:

- Entrevistas: Son uno de los medios más manejados para la obtención de información acerca de los problemas y alteraciones de la conducta. Las más utilizadas son:

- *"Entrevista clínica para niños y adolescentes con TDAH"* (Barkley, 1991. Citado en Amador, J. A., Forns, M. y González, M., 2010, pp. 66). Se utiliza para recoger información de los padres de niños o adolescentes a través de nueve secciones que recogen diferentes aspectos que guardan relación con el posible trastorno.
  - *"Evaluación de los síntomas infantiles por los padres"* (Taylor et al., 1986. Citado en Amador, J. A., Forns, M. y González, M., 2010, pp. 73). Se trata de una entrevista semiestructurada y estandarizada que se aplica a los padres para evaluar la hiperactividad, los problemas de conducta y el trastorno emocional de los niños.
  - *"Entrevista para adultos con TDAH"* (Barkley y Murphy, 2006. Citado en Amador, J. A., Forns, M. y González, M., 2010, pp. 73). Su finalidad es la recopilación de información tanto del propio paciente como de otros adultos de referencia en relación a determinados aspectos relevantes en relación al trastorno.
  - *"Entrevista para adultos de Conners"* (Epstein et al., 2001. Citado en Amador, J. A., Forns, M. y González, M., 2010, pp. 73). Dicha entrevista consta de una primera parte que trata de recoger información sobre la historia de la persona evaluada para, posteriormente, comprobar en una segunda parte si dicha persona cumple los criterios diagnósticos del DSM-IV.
- Escalas de valoración: heteroinformes y autoinformes: La valoración depende de factores como el tipo de conducta, la edad y el sexo de la persona a valorar así como de las características de

aquella persona que proporciona la información. Algunas de estas escalas son:

- *"Escala de Conners revisada"* (Conners, 1997. Citado en Amador, J. A., Forns, M. y González, M., 2010, pp. 74). Son un total de tres escalas dirigidas a valorar la presencia y severidad de cada conducta con una puntuación de 0 a 3, en un rango de edades de los 3 a los 17 años. Se encuentran disponibles en versión corta o larga.
- *"Cuestionario TDAH"* (Amador, J. A., Forns, M. y González, M., 2010, pp. 75). Se trata de un cuestionario bilingüe castellano-catalán que recoge los 18 síntomas del DSM-IV para el T.D.A.H., ofreciendo cuatro alternativas de respuesta para cada ítem.
- *"Perfil de atención"* (Amador, J. A., Forns, M. y González, M., 2010, pp. 75). Se encuentra disponible en dos versiones. La primera dirigida a profesores, con una posibilidad de puntuación de 0-40 y la segunda, a padres, con una puntuación de 0-20.
- *"Escala para la evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad, EDAH"* (Farré y Narbona, 1998. Citado en Amador, J. A., Forns, M. y González, M., 2010, pp. 75). Están dirigidas únicamente a profesores, y constan de 20 ítems que se valoran en una escala de 4 puntos. Pueden valorarse niños en edades comprendidas entre los 6 y los 12 años.
- *"The SNAP-IV. Teacher and Parent Rating Scale"* (Swanson, 2003. Citado en Amador, J. A., Forns, M. y González, M., 2010, pp. 75). Está formada por 90 ítems divididos entre propios del T.D.A.H. y de

trastornos que pueden causar comorbilidad. Dichos ítems se valoran en una escala entre 0 y 3.

- *"Escalas de Brown para adolescentes y adultos"* (Brown, 1996. Citado en Amador, J. A., Forns, M. y González, M., 2010, pp. 76). Está compuesta por dos autoinformes que evalúan síntomas de desatención en adolescentes y adultos.
  - *"Escalas de Conners para adultos. CAARS"* (Conners, Erhardt y Sparrow, 1999. Citado en Amador, J. A., Forns, M. y González, M., 2010, pp. 76). Se trata de unos cuestionarios de autoinforme o heteroinforme que pueden ser contestados por la pareja, padres u otra persona que conozca a la persona evaluada, siempre que ésta sea mayor de 18 años. Se encuentra disponible en versión larga, corta y de cribado.
  - *"Wender-Utah Rating Scale"* (Ward, Wender y Reimherr, 1991. Citado en Amador, J. A., Forns, M. y González, M., 2010, pp. 77). Autoinforme retrospectivo para adultos formado por 61 ítems con cinco opciones de respuesta para cada uno de ellos.
  - *"Adult Self-Report Scale"* (Kessler, Adler, Ames, et al., 2005. Citado en Amador, J. A., Forns, M. y González, M., 2010, pp. 77). Autoinforme formado por 18 ítems sobre síntomas del T.D.A.H. que se valoran en una escala de cinco puntos. También posee una versión de cribado.
- Escalas de amplio espectro: Permiten evaluar de una forma rápida y económica la presencia, frecuencia e intensidad de síntomas de otras patologías. Las dos escalas más utilizadas son las siguientes:

- *"Inventario de conductas infantiles de Achenbach"* (Achenbach, 2009. Citado en Amador, J. A., Forns, M. y González, M., 2010, pp. 78). Conjunto de cuestionarios de auto y heteroevaluación, entrevistas y procedimientos de observación de conductas y síntomas psicopatológicos. Su mayor inconveniente radica en que su utilidad para evaluar el T.D.A.H. es limitada.
- *"El Sistema de evaluación de la conducta de niños y adolescentes. BASC"* (Reynolds y Kamphaus, 1992/2004. Citado en Amador, J. A., Forns, M. y González, M., 2010, pp. 79). Dicho sistema recoge información de conductas y síntomas psicopatológicos proporcionada por parte de los padres y profesores.
- Observación directa: La observación permite discriminar entre niños con T.D.A.H. y niños que no lo padecen. Pero, sin embargo, no permite diferenciar entre los que tienen T.D.A.H. y los que presentan otros trastornos.
- Test y medidas de laboratorio: Estos test permiten identificar las áreas de habilidades y dificultades de las personas con T.D.A.H.
  - *"Test Stroop de colores y palabras"* (Amador, J. A., Forns, M. y González, M., 2010, pp. 81). Evalúa la capacidad de inhibir una respuesta aprendida con diferentes estímulos e indicadores.
  - *"Test de ejecución continua. CPT"* (Amador, J. A., Forns, M. y González, M., 2010, pp. 82). Evalúa la atención sostenida a partir de la capacidad de respuesta del paciente a una serie de estímulos que aparecen en pantalla.

- "*Children Sustained Attention Task. CSAT*" (Servera y Llabrés, 2004. Citado en Amador, J. A., Forns, M. y González, M., 2010, pp. 83). Evalúa la atención sostenida mediante una tarea de vigilancia, la cual puede aplicarse a niños de entre 6 y 11 años.

---

## TRATAMIENTO

---

Diversos autores tales como Montañés, F. y de Lucas, M. T. (2006), Amador, J. A., Forns, M. y González, M. (2010) y Lavigne, R. y Romero, J. F. (2010) coinciden en que el tratamiento debe ser, al igual que la evaluación y el diagnóstico, multidisciplinar. Es decir, tal y como afirman Lavigne, R. y Romero, J. F. (2010), debe abordarse de tal manera que incluya tanto un tratamiento farmacológico como un tratamiento psicoeducativo.

---

### TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

---

El tratamiento farmacológico consiste fundamentalmente en la administración de psicoestimulantes que actúen sobre los sistemas de neurotransmisores implicados en el trastorno con el objetivo de paliar los síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad que lo caracterizan, ayudando al niño a mejorar en su trabajo escolar y su adaptación social. Sin embargo, por sí solos no son un remedio exclusivo ni absoluto, sino que necesitan del tratamiento psicoeducativo para que el niño pueda aumentar su conocimiento y mejorar sus habilidades académicas. En este sentido coinciden con los mencionados autores Amador, J. A., Forns, M. y González, M. (2010) ya que consideran que el tratamiento farmacológico por sí solo tiene varias limitaciones tales como que no todas las personas con T.D.A.H. responden de manera positiva a la medicación y, si lo hacen, la disminución de los síntomas no es suficiente para alcanzar un rango de conducta normal; que la medicación tiene diferentes efectos en función de los síntomas y conductas alteradas asociadas al T.D.A.H.; y, por último, que no todos los padres de niños o adolescentes con T.D.A.H. aceptan el tratamiento farmacológico.

---

### TRATAMIENTO PSICOEDUCATIVO

---

Lavigne, R. y Romero, J. F. (2010) afirman que el tratamiento psicoeducativo se basa en técnicas para incrementar el control consciente, voluntario y finalista del comportamiento y aprendizaje del niño con la finalidad de mejorar su rendimiento académico y sus relaciones interpersonales. Para

ello se trata de potenciar tanto los procesos psicológicos de su sistema ejecutivo (memoria de trabajo, atención, autorregulación de las motivaciones y el afecto, interiorización del lenguaje y procesos de análisis y síntesis), como sus funciones ejecutivas (planificación, organización, flexibilidad, automonitorización y evaluación). Estos autores consideran que dicho tratamiento debe aplicarse con la tarea, el maestro y el centro por un lado; con el niño por otro; y, en tercer lugar y más importante en relación a este proyecto, con la familia y el contexto con la función principal de asesorar a los padres para que sean capaces de conocer con precisión en qué consiste el trastorno, cómo puede afectarles, cuales son los problemas asociados, las posibilidades de tratamiento así como las capacidades de afrontamiento de que disponen.

Por último, dada la importancia ya mencionada de un tratamiento multidisciplinar, Amador, J. A., Forns, M. y González, M. (2010) hacen referencia a los beneficios de la aplicación de dicho tratamiento basándose en el estudio MTA, el Multimodal Treatment Study of Children with ADHD subvencionado en 1992 por el Instituto Nacional de Salud Mental y el Departamento de Educación del Gobierno de los Estados Unidos de América. Dicho estudio ha demostrado que, a pesar de que la medicación es el tratamiento más eficaz de cara a tratar los síntomas centrales del T.D.A.H., el tratamiento combinado minimiza la intensidad de conductas asociadas y obtiene así mismo buenos resultados sobre los síntomas del T.D.A.H. reduciendo además las dosis de mediación y disminuyendo, por lo tanto, los efectos secundarios de la misma.



RELACIÓN DEL T.D.A.H. Y LA FAMILIA

---

Roselló, B., García-Castellar, R., Tárraga-Mínguez, R. y Mulas, F. (2003) analizan en su estudio el impacto que tiene el T.D.A.H. en los diferentes ámbitos de la familia así como los cambios que se producen en los padres tras recibir asesoramiento y entrenamiento por parte de un terapeuta especialista en T.D.A.H.

Según los mencionados autores existe relación entre el sistema familiar y su influencia en el T.D.A.H. puesto que éste se desarrolla en un contexto familiar determinado, en el que se da una influencia e interacción continua entre sus miembros. Dentro de este sistema familiar los padres gozan de especial importancia dado que de ellos dependen gran cantidad de decisiones en relación al desarrollo del niño como, por ejemplo, la derivación o no a un profesional, ya que son los padres quienes valoran en un principio la existencia de un problema. Además, dado que los padres pasan gran cantidad de tiempo con sus hijos, las interacciones padre-hijo influyen notablemente en el modelado del comportamiento de los mismos, interacciones que suelen estar caracterizadas por un mayor número de conflictos ya que los niños con T.D.A.H. son menos dóciles y sumisos y, a su vez, solicitan más estimulación y ayuda de parte de sus padres, tal y como afirman Miranda, A. y Presentación, M.J. (1994) (citado en Roselló, B. et al., 2003). Así mismo, según un estudio de Woodward, L., Taylor, E. y Dowdney, L. (1998) (citado en Roselló, B. et al., 2003), existe una significativa relación entre hiperactividad y estrategias parentales de crianza pobres, sentimientos negativos de los padres hacia sus hijos y razonamiento, control inductivo y refuerzos positivos escasos.

Por otra parte, también es importante la mención a la influencia que el T.D.A.H. ejerce sobre el funcionamiento del sistema familiar. En este sentido, Roselló, B. et al. (2003) analizaron en su estudio el impacto del niño con T.D.A.H. en el contexto familiar, la vida social, el terreno económico, la relación de pareja y la convivencia entre hermanos. En relación al impacto en el contexto familiar, el 88,8% de los padres siente un nivel elevado de estrés,

el 75% considera que no es capaz de manejar de manera efectiva el comportamiento del niño, el 50% cree que podría ser mejor padre, el 44,4% siente frustración e ira en relación a su hijo y, por último, el 22% siente que no son efectivos ni competentes. En cuanto a la vida social, un 64% admite que el comportamiento de su hijo los incomoda públicamente, el 56% siente la necesidad de explicar la conducta de sus hijos a terceras personas, el 33% se los llevan menos de compras, el 31% realizan menos visitas a familiares y amigos y un 28% evita las salidas a lugares públicos. En el terreno económico, el 67% opinan que tienen mayores gastos en relación a los servicios educativos y psicológicos de su hijo, un 50% que la crianza de un niño con T.D.A.H. es más costosa que la de un niño sin ningún problema aparente y, en menor medida, el 39% considera que la medicación y los cuidados médicos son mucho más costosos. En cuanto a la relación de pareja, el 50% de los padres afirman tener más enfrentamientos maritales a causa de su hijo, el 39% tienen discrepancias entre ellos, el 22% únicamente desacuerdos en la crianza del hijo y un 8% opinan que han llegado a la separación por tales motivos. Y, por último, en la convivencia con hermanos, el 44% de los padres cree que el hijo con T.D.A.H. incomoda y dificulta la participación de sus hermanos en distintas actividades, un 20% de los padres consideran que los hermanos invitan en menor medida a sus amigos y un 12% que éstos se sienten avergonzados delante de los mismos.

En definitiva, todos los padres del estudio de Roselló, B. et al. (2003) afirman que la convivencia con un niño con T.D.A.H. resulta muy difícil y, además, la mitad consideran que éstos producen una influencia negativa en el núcleo familiar. Sin embargo, es importante hacer mención especial a que tanto Roselló, B. et al. (2003) como Vásquez, R., Benítez, M., Izquierdo, A., Dueñas, Z., Gómez, D. L. y Caicedo, J. C. (2011) coinciden en que estos conflictos que dificultan la convivencia obedecen en mayor medida a problemas de conducta y dificultades en el seguimiento de autoridad y normas sociales que a la sintomatología propia del T.D.A.H.

En segundo lugar, los mencionados autores afirman la influencia del tratamiento en el sistema familiar de cara a analizar los cambios que se producen en los padres tras recibir asesoramiento y entrenamiento por parte de un terapeuta especialista en T.D.A.H. De la misma manera que el sistema familiar interviene en el desarrollo y expresión del T.D.A.H., Roselló, B. et al. (2003) consideran importante conocer de qué manera el tratamiento influye tanto en el T.D.A.H. como el propio sistema familiar, ya que la introducción de un tratamiento conlleva resultados de mejora en el niño, lo cual repercute en las relaciones de familia como encargada de implementar dicho tratamiento. En este sentido, Hinshaw, S.P., Owens E.B., Wells, K.C., Kraemer, H.C., Abikoff, H.B. y Arnold, E. (2000) (citado en Roselló, B. et al., 2003) afirman que la conducta del niño y la de los padres se influyen mutuamente, de manera que la mejoría por parte del niño a causa del tratamiento repercute en la mejora del comportamiento de los padres.

Por otra parte, las atribuciones tanto de los padres como de los propios hijos se encuentran influenciadas por el tratamiento. De esta manera, Johnston, C. y Leung, D.W. (2001) (citado en Roselló, B. et al., 2003) afirman que cuando el niño recibe medicación, los padres consideran que las conductas positivas son estables pero se deben a los efectos de tal medicación y no a la voluntad del niño. Sin embargo, las atribuciones de los padres en relación a las conductas negativas de sus hijos son que éstas son menos estables pero más controlables por los niños y menos por la medicación.

En base a su estudio, Roselló, B. et al. (2003) afirman que la intervención con padres mejora el conocimiento del trastorno así como las atribuciones y expectativas en relación a la problemática de sus hijos. Por ello, es necesario que los terapeutas asuman un papel psicoeducativo dirigido al entrenamiento sistemático en familias. En este aspecto coinciden así mismo Miranda, Amado y Jarque (2001); Orjales (2000) (citado en García, N., Clavel, M., Puente, R., Ríaza, C. y Quintero, F.J., 2006) y Joselevich, E. (2003) quienes exponen además algunas recomendaciones para los padres en relación al manejo de estos niños:

- Proporcionar un ambiente familiar estructurado, con organización y supervisión diaria para favorecer la rutina y estabilidad que permita a los niños con T.D.A.H. ir adquiriendo pequeñas responsabilidades.
- Crear un ambiente relajado y sin gritos, dando las órdenes de manera sencilla y el número de veces que sea necesario.
- Captar la atención del niño hablándole directamente, llamándolo por su nombre o incluso a través del contacto físico.
- Establecer límites claros, firmes y adecuados a la edad y capacidad de cada niño.
- Negociar las normas y sus consecuencias en colaboración con el niño, haciéndole saber las consecuencias que tendrá el incumplimiento de alguna de ellas. Dar advertencias y un margen de tiempo de actuación.
- Aplicar consecuencias inmediatas para que el niño comprenda las consecuencias de sus conductas, tanto positivas como negativas.
- Proporcionar refuerzos frecuentes. Utilizar la recompensa más que el castigo, explicando y reforzando conductas alternativas.
- Potenciar el desarrollo de su autonomía.
- Reforzar su autoestima a través del refuerzo de los logros que el niño vaya consiguiendo.

En relación a la autoestima y a la comunicación, Joselevich, E. (2003) proporciona algunas recomendaciones más concretas tales como establecer una comunicación bilateral, es decir, escuchar al niño cuando habla y opina; referirse a su conducta sin indicarle lo que debe sentir o pensar, para que pueda hacerlo por sí mismo; motivarlo a considerar el punto de vista y los sentimientos de los demás; y, sobre todo, escucharlo, comprenderlo y aceptarlo tal y como es.

---

## ¿QUÉ ES LA PSICOEDUCACIÓN?

---

---

### CONCEPTO

---

La psicoeducación es un término que se encuentra muy presente en la actualidad ya que, tal y como afirma Benassini, O. (2005), hoy en día las enfermedades mentales han dejado de ser únicamente asunto del enfermo para convertirse en un asunto familiar, dejando a su vez de lado el papel pasivo para adoptar un papel activo, exigiendo al médico profesional explicaciones claras e instrucciones precisas acerca de la enfermedad.

Según este autor, las primeras propuestas psicoeducativas surgieron en el campo de los trastornos psicóticos a partir de la década de los ochenta, momento en el que surgió una línea de investigación sobre los conocimientos de la enfermedad que posee la familia y la medida en que estos modifican la evolución del enfermo. El objetivo principal era demostrar que, el proporcionar información sobre la enfermedad mental a las familias supondría cambios significativos en la evolución de los pacientes.

La psicoeducación se define como *"una modalidad de intervención terapéutica mediante la cual se proporciona a los familiares del paciente información específica acerca de la enfermedad, así como entrenamiento en técnicas para afrontar los problemas derivados de ella"* (Benassini, O., 2005, pp.125). Según Anderson, Reiss y Hogarty (1986) (citado en Benassini, O., 2005), el propósito de la psicoeducación es mejorar la calidad de vida del paciente y sus familiares, como principales cuidadores, mejorando el funcionamiento cognitivo y la motivación del enfermo y reduciendo la ansiedad de la familia mediante la información, atención y apoyo.

El objetivo último de la psicoeducación es, según Benassini, O. (2005), la creación de una relación de trabajo entre el terapeuta, el paciente y su familia. Las tres características principales son enumeradas por Hatfield (1994) (citado en Benassini, O., 2005):

- Proporciona ayuda a los familiares del paciente.
- Afirma que el ambiente familiar no guarda relación con la etiología de la enfermedad mental.
- Refuerza competencias en lugar de déficits.

---

### RELACIÓN CON EL T.D.A.H.

---

El autor Benassini, O. (2005) opina que, a pesar de que la psicoeducación comenzó en el campo de los trastornos psicóticos y se ha utilizado sobre todo en el campo de las enfermedades mentales graves, ésta también puede aplicarse en el campo de los trastornos de atención. Opinión que es reforzada por Cantwell (1996) ya que afirma que *"la psicoeducación no solo es deseable en el manejo de los trastornos de atención, sino que debe considerarse condición sine qua non en la intervención psicosocial"*. (Cantwell, 1996. Citado en Benassini, O., 2005, pp.127).

Para Benassini, O. (2005), la psicoeducación para familiares de niños con T.D.A.H. se sustenta en los siguientes elementos:

1. Son trastornos con una base neurobiológica.
2. Provocan un déficit cognoscitivo que conlleva problemas adaptativos y secuelas.
3. Puede generar sentimientos de insatisfacción y rechazo al paciente de quienes lo rodean.
4. Predisponen a otros problemas de salud mental, la ya mencionada comorbilidad.
5. Se tratan tanto farmacológicamente como de manera psicosocial.
6. Habitualmente la familia del paciente no recibe la información ni el entrenamiento adecuados para el correcto tratamiento y manejo del trastorno.

Se pueden encontrar cuatro modelos de programas psicoeducativos según refiere Benassini, O. (2005). El primero de ellos, Programas de

orientación y apoyo familiar, es el modelo de menor alcance puesto que tiene como objetivo únicamente proporcionar una información amplia y suficiente a las familias con la finalidad de que sepan que cuentan con el apoyo de los profesionales. Sin embargo, los tres modelos restantes pretenden además que dicha información modifique las competencias de la familia de cara a mejorar el problema al que se enfrentan. Estos tres modelos varían de dificultad entre sí ya que es más sencillo atender a una sola familia (Manejo psicoeducativo familiar) que a varias familias (Manejo psicoeducativo multifamiliar) o incluso a toda una comunidad (Manejo psicoeducativo comunitario).

En relación a los componentes que deben formar parte de dichos programas, el mencionado autor afirma que los conocimientos y las competencias son indispensables. Se define como conocimientos *"la información científica que se tiene con respecto a una enfermedad y su manejo, y que posee cierto valor funcional en cuanto a su potencialidad para transformarse en comportamientos encaminados a la rehabilitación"* (Barrowclough, Tarrier, Watts, Vaughn, Bamrah y Freeman, 1987. Citado en Benassini, O., 2005, pp.129). Y competencias como las *"capacidades que resultan en comportamientos efectivos en correspondencia con los requerimientos del entorno"* (Corral, 1997. Citado en Benassini, O., 2005, pp.129).

Para este autor, en función de estos dos componentes, todo programa de psicoeducación para familiares de quienes padecen T.D.A.H. debe incluir seis conocimientos y seis competencias esenciales, los cuales son susceptibles de modificación y ampliación en función de las necesidades de cada familia. Los conocimientos, aún a falta de que la ciencia conozca todo sobre el tema, deben incluir información acerca de la definición del T.D.A.H., las causas del mismo, los estudios necesarios para su diagnóstico, el estado emocional del afectado, las posibles complicaciones y el tratamiento. Por su parte, las competencias que los familiares deben manejar son la autoridad, el establecimiento de límites, la organización de rutinas, la constancia, el control emocional parental y la comunicación y expresión del afecto.

Sin embargo, como ya se ha mencionado, tales componentes pueden variar según el criterio de cada uno a la hora de elaborar un programa psicoeducativo, siempre que se tenga presente que lo verdaderamente importante es ofrecer información detallada que elimine los sentimientos hostiles, los reproches y la intolerancia hacia aquellos que lo padecen ofreciendo seguridad y tranquilidad tanto a los familiares como a los propios pacientes.

Existen diversos estudios en los que se ha analizado la influencia de la educación y formación a padres de niños con T.D.A.H. tanto en las conductas de estos últimos como en el propio sistema familiar, tal y como ya he comentado que afirmaban Roselló, B. et al. (2003).

De esta manera, Korceniowsk, C. e Ison, M. S. (2008) diseñaron un taller para padres y docentes como estrategia psicoeducativa para el abordaje del niño con T.D.A.H. Según estas autoras, los padres generalmente no identifican las pautas de comportamiento de estos niños como indicadores de su trastorno, sino como desobediencia, vagancia e irresponsabilidad; lo cual deriva en la utilización del castigo como método principal para corregir al niño, generando en éste sentimientos de falta de comprensión y afecto por parte de sus padres. Estas interacciones negativas dieron lugar a un replanteo de las estrategias psicoterapéuticas focalizadas en el niño, diseñando así intervenciones más amplias, contando con el contexto familiar-educativo e incluyendo la psicoeducación como tarea de especial importancia en el tratamiento con el objetivo de entrenar a padres y docentes en el uso de habilidades y técnicas específicas para abordar efectivamente las dificultades del niño con T.D.A.H. Tras la implantación del mencionado taller, según Korceniowsk, C. e Ison, M. S. (2008) el 86% de los padres observó aumento en la organización, el 29% en la motivación y autonomía y el 14% en autoestima. También se observaron disminuciones de determinados comportamientos, es decir, el 57% de los padres observó disminución en el oposicionismo, el 43% en la inatención y el 29% en la conducta.



Así mismo Arco, J. L., Fernández, F. D. e Hinojo, F. J. (2004) realizaron una intervención basada en la formación de padres y docentes, la cual muestra mejoras significativas en las conductas problema de los niños con T.D.A.H., tanto en el contexto familiar como en el escolar: disminución significativa en el oposicionismo, lo cual coincide con el estudio de las autoras anteriormente mencionadas, así como disminución de la hiperactividad, impulsividad e índice del T.D.A.H.

Y, por otra parte, también existen estudios en los que se analizan los efectos de la psicoeducación sobre la dinámica familiar. Así, Presentación, M. J., Pinto, V., Meliá, A. y Miranda, A. (2009) afirman que tras el tratamiento disminuyen las problemáticas en todas las áreas analizadas, es decir, en sentimientos y actitudes, vida social, economía, relación matrimonial, relación entre hermanos y convivencia.

---

## DISEÑO DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN

---

---

### MARCO INSTITUCIONAL, ÁMBITO TERRITORIAL DE ACTUACIÓN Y DELIMITACIÓN TEMPORAL

---

Este proyecto de intervención social está orientado a la creación de un grupo de psicoeducación para padres y familiares de niños con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (T.D.A.H.), el cual se desarrollará dentro del Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa” de Zaragoza, puesto que es en dicho servicio donde se diagnostica y se realiza el tratamiento de los niños. Por lo tanto, el grupo de psicoeducación estará dirigido a aquellos padres y familiares pertenecientes al Sector Sanitario 3 y cuyos hijos sean diagnosticados de T.D.A.H. en el mencionado Hospital.

La duración aproximada del grupo de psicoeducación será de dos meses, durante los que se realizará una sesión por semana. Es decir, se llevarán a cabo ocho sesiones en total, cuya duración será de dos horas cada una. Sin embargo, no solo hay que tener en cuenta el periodo de duración de las sesiones, sino que el proyecto comprende además una preparación previa, lo cual también ha de tenerse en cuenta en la delimitación temporal y se detallará más adelante en la temporalización del proyecto de intervención social.

---

**OBJETIVOS GENERALES Y/O ESPECÍFICOS DEL PROYECTO**

---

---

**OBJETIVO GENERAL**

---

Proporcionar a los padres y familiares de niños con T.D.A.H. información sobre el mencionado trastorno así como habilidades y estrategias para ayudar a sus hijos y favorecer así el bienestar de la familia reduciendo el nivel de estrés.

---

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

---

- Hacer comprender a los padres y familiares de niños con T.D.A.H. la importancia del conocimiento del trastorno.
- Ofrecer a los padres y familiares de niños con T.D.A.H. toda la información necesaria sobre el T.D.A.H. (causas, comorbilidad, diagnóstico y tratamiento).
- Ofrecer a los padres y familiares de niños con T.D.A.H. toda la información necesaria sobre las conductas y dificultades de los niños que lo padecen.
- Dotar a los padres y familiares de niños con T.D.A.H. de las habilidades y estrategias necesarias para la prevención de conductas mediante el control del ambiente.
- Dotar a los padres y familiares de niños con T.D.A.H. de las habilidades y estrategias necesarias para la resolución de conflictos en la convivencia.

---

**ACTUACIONES Y ACTIVIDADES A DESARROLLAR**


---

El presente proyecto de intervención social se encuentra dividido en tres grandes bloques, cada uno formado por sus sesiones correspondientes que agruparán diferentes actuaciones y actividades.

**BLOQUE I – PREPARACIÓN Y PRESENTACIÓN**

- Información y comunicación a los profesionales.
- Captación de miembros para el grupo de psicoeducación.
- Sesión 1. "Presentación del proyecto de intervención social".

**BLOQUE II – CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES**

- Sesión 2. "¿Qué es el T.D.A.H.? I. Definición, causas y comorbilidad".
- Sesión 3. "¿Qué es el T.D.A.H.? II. Diagnóstico y tipos de tratamiento".
- Sesión 4. "Características del T.D.A.H. Conductas y dificultades de los niños que lo padecen".
- Sesión 5. "Prevención de conductas propias del T.D.A.H. a través del control del ambiente".
- Sesión 6. "Resolución de conflictos I. Tareas del hogar".
- Sesión 7. "Resolución de conflictos II. Tareas escolares".

**BLOQUE III – EVALUACIÓN**

- Sesión 8. "Evaluamos lo aprendido".

Tabla 3. Actuaciones y actividades  
Fuente: Elaboración propia

**Bloque I – Preparación y presentación**

El Bloque I está orientado a la realización del trabajo preliminar necesario para el correcto desarrollo del proyecto. En este sentido son importantes diferentes aspectos: En primer lugar la información y comunicación a los profesionales del Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil del

Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa” sobre la implementación de este grupo de psicoeducación para padres y familiares de niños con T.D.A.H. Y en segundo lugar, la captación de miembros que den forma al grupo.

Una vez realizado este trabajo preliminar tendrá lugar la primera sesión del proyecto de intervención social:

1. *“Presentación del proyecto de intervención social”.*

Esta primera sesión está orientada a proporcionar información a los futuros miembros del grupo sobre las normas de los mismos, los objetivos previstos y, sobre todo, acerca de su finalidad psicoeducativa.

Así pues, tras la finalización de este Bloque I se habrán llevado a cabo las tres primeras etapas de los grupos según Zastrow, C. H. (2008) y según Fernández, T. y López, A. (2006), a saber: admisión y selección de miembros, mediante las cuales se establecerán de manera definitiva los integrantes del grupo de psicoeducación; y valoración y planificación, donde se establecerán de manera clara y concisa los objetivos a alcanzar durante las diferentes sesiones. O diagnóstico y preparación; inclusión y orientación; y transición, respectivamente.

## **Bloque II – Conocimientos y habilidades**

El Bloque II consiste en proporcionar a los padres y familiares de niños con T.D.A.H. la información necesaria acerca del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad así como las habilidades y estrategias oportunas tanto para la prevención como para el control de las conductas propias del mismo a través de las diferentes sesiones programadas, lo cual da lugar a la cuarta etapa de los grupos mencionada por Zastrow, C. H. (2008) y Fernández, T. y López, A. (2006), el desarrollo e intervención grupal; o el logro de metas.

El Bloque II está compuesto por seis sesiones:

2. *"¿Qué es el T.D.A.H.? I. Definición, causas y comorbilidad".*

La finalidad de esta sesión es que los padres y familiares de niños con T.D.A.H. comprendan qué es el T.D.A.H., cuáles son sus principales causas así como los trastornos más frecuentes con los que puede desarrollarse.

3. *"¿Qué es el T.D.A.H.? II. Diagnóstico y tipos de tratamiento".*

A través de esta sesión se pretenden explicar los principales aspectos del diagnóstico y la evaluación del T.D.A.H. así como los dos tipos de tratamiento más frecuentes: farmacológico y psicoeducativo.

4. *"Características del T.D.A.H. Conductas y dificultades de los niños que lo padecen".*

El objetivo de esta sesión es lograr que los padres y familiares de niños con T.D.A.H. comprendan las conductas y dificultades que presentan los mencionados niños en relación con las características propias del T.D.A.H.

5. *"Prevención de conductas propias del T.D.A.H. a través del control del ambiente".*

La finalidad de esta sesión es la enseñanza y puesta en práctica de habilidades y estrategias encaminadas a la prevención de las conductas propias de los niños que padecen T.D.A.H.

6. *"Resolución de conflictos I. Tareas del hogar".*

Esta sesión está orientada a la enseñanza y puesta en práctica de habilidades y estrategias para la resolución de conflictos en la convivencia en relación con las tareas del hogar.

7. *"Resolución de conflictos II. Tareas escolares".*

Esta sesión está orientada a la enseñanza y puesta en práctica de habilidades y estrategias para la resolución de conflictos en la convivencia en relación con las tareas escolares.

**Bloque III - Evaluación**

Por último, el Bloque III está orientado a la evaluación del grupo de psicoeducación a través de la última sesión programada:

8. *"Evaluamos lo aprendido"*.

El objetivo de esta sesión es la realización de una evaluación tanto de los conocimientos, las habilidades y estrategias adquiridos por parte de los padres y familiares de niños con T.D.A.H. como de la satisfacción de los mismos en relación al contenido y desarrollo del proyecto, cumpliendo así la última de las etapas de los grupos según Zastrow, C. H. (2008) y Fernández, T. y López, A. (2006), la evaluación y disolución o separación del grupo.

## METODOLOGÍA

**DISEÑO DE LOS PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN**

El proyecto de intervención social se divide, como ya se ha mencionado anteriormente, en tres grandes bloques, cada uno con sus sesiones y actuaciones y actividades correspondientes. De esta manera, en el presente apartado se van a describir los dos primeros bloques, en los que se lleva a cabo el trabajo preliminar y la información y educación a los padres y familiares de niños con T.D.A.H.

Bloque I – Preparación y presentación

- *Información y comunicación a los profesionales.*

La información y comunicación a los profesionales del Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa” se llevará a cabo mediante una serie de reuniones previas al inicio del grupo de psicoeducación con la finalidad de que estén informados al respecto y, en consecuencia, puedan informar a los padres y familiares de sus pacientes con T.D.A.H. que consideren buenos candidatos para formar parte del grupo de psicoeducación y, a su vez, puedan colaborar mediante sugerencias para las futuras sesiones. Estas reuniones se concertarán entre los mencionados profesionales y la trabajadora social del Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil, la profesional encargada de dirigir el grupo de psicoeducación, con el objetivo además de crear un ambiente de colaboración y cordialidad que fomente el correcto desarrollo del proyecto de intervención social.

- *Captación de miembros para el grupo de psicoeducación.*

Los miembros que den forma al grupo de psicoeducación serán padres y familiares de niños con T.D.A.H. diagnosticados y tratados en el Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa” ya que será en el mismo donde se lleve a cabo el mencionado grupo de psicoeducación. Dada la previa coordinación con los profesionales del Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil del hospital, la captación de los miembros se realizará a través unos trípticos (Anexo 1) que



serán entregados a los mismos para que guarden en sus despachos y entreguen a los padres y familiares de niños con T.D.A.H. que consideren que poseen los requisitos necesarios para formar parte del grupo de psicoeducación con la finalidad de que puedan leerlo con detenimiento en sus domicilios, confirmar su asistencia al mismo y comunicárselo a su psiquiatra de referencia quien, finalizado el plazo de captación, se lo comunicará a la profesional encargada del proyecto de intervención social.

- *Sesión 1. "Presentación del proyecto de intervención social".*

En esta primera sesión, como ya se ha explicado anteriormente, se proporcionará información a los miembros del grupo en relación a varios aspectos:

- Normas

Se les proporcionará un documento con las normas generales (Anexo 2) del grupo de psicoeducación del que van a formar parte con el objetivo de que todos los miembros sean conscientes de las mismas y puedan desarrollarse las sesiones dentro de un ambiente de respeto, colaboración y cordialidad entre los miembros y en relación a los profesionales encargados del proyecto de intervención social.

- Objetivos

Se les proporcionará un documento con los objetivos (Anexo 3) tanto generales como específicos del proyecto de intervención social con la finalidad de que los integrantes del grupo de psicoeducación estén en conocimiento del propósito del mismo de una manera más concreta.

- Finalidad psicoeducativa

Se les explicará qué es la psicoeducación y cuál es su finalidad ya que, tal y como afirman García, N. et al (2006), los padres deben

estar informados tanto de las condiciones del trastorno como del plan terapéutico para conseguir orientarles hacia una postura más positiva, haciéndoles conscientes de la existencia de un problema, pero con solución. Para ello se realizará una presentación en Power Point sobre la psicoeducación y su relación con el T.D.A.H., la cual se les entregará en papel.

Tras esta explicación se les entregará un consentimiento informado (Anexo 4), el cual deberán firmar si están de acuerdo con todo lo explicado anteriormente para poder comenzar así con la intervención. Poniendo fin a esta primera sesión, iniciaremos la intervención proporcionando a los miembros del grupo de psicoeducación un cuestionario de evaluación previo (Anexo 5), el cual utilizaremos para la evaluación final del proyecto de intervención social en la última sesión.

## Bloque II – Conocimientos y habilidades

- *Sesión 2. "¿Qué es el T.D.A.H.? I. Definición, causas y comorbilidad".*

En esta sesión, como ya se ha mencionado, se proporcionará a los padres y familiares de niños con T.D.A.H. información acerca del trastorno que padecen sus hijos. En este sentido, se les facilitará documentación tanto en Power Point como escrita sobre:

- Definición del T.D.A.H.
- Causas del T.D.A.H.: Neuroanatómicas y/o funcionales, genéticas, neuroquímicas y psicológicas.
- Comorbilidad: Con trastornos de ansiedad, estados de ánimo, trastornos de comportamiento, tics y trastornos del aprendizaje.

Para finalizar la sesión se realizará un turno de dudas y preguntas para afianzar conocimientos y solucionar aquellos aspectos que no hubieran quedado del todo claros.

- *Sesión 3. "¿Qué es el T.D.A.H.? II. Diagnóstico y tipos de tratamiento".*

En esta tercera sesión, de la misma manera que en la anterior, se proporcionará a los padres y familiares de niños con T.D.A.H. información acerca del trastorno que padecen sus hijos. En este caso, se les facilitará documentación tanto en Power Point como escrita sobre:

- Diagnóstico y evaluación: evaluación psicoeducativa y médica.
- Tratamiento del T.D.A.H.: farmacológico y psicoeducativo.

Para finalizar la sesión se realizará un turno de dudas y preguntas para afianzar conocimientos y solucionar aquellos aspectos que no hubieran quedado del todo claros, siguiendo la misma dinámica que en la sesión anterior.

- *Sesión 4. "Características del T.D.A.H. Conductas y dificultades de los niños que lo padecen".*

Esta sesión comenzará con la entrega a los padres y familiares de niños con T.D.A.H. de unas fichas de comportamiento (Anexo 6) para que escriban en ellas conductas que consideren negativas por parte de sus hijos así como sus reacciones ante tales conductas. Una vez completada esta tarea, se pondrán en común las fichas de comportamiento y se realizará una presentación en Power Point (la cual se entregará también por escrito) sobre las características del T.D.A.H. con la finalidad de explicar el porqué de esas conductas a través de bibliografía específica.

Siguiendo las sesiones anteriores, para finalizar la sesión se realizará un turno de dudas y preguntas para afianzar conocimientos y solucionar aquellos aspectos que no hubieran quedado del todo claros.

- *Sesión 5. "Prevención de conductas propias del T.D.A.H. a través del control del ambiente".*

En esta quinta sesión se comenzará ya con la explicación a los padres y familiares de niños con T.D.A.H. de determinadas habilidades y estrategias, en

este caso encaminadas a la prevención de las conductas propias de los niños con T.D.A.H. explicadas en la sesión anterior. En este sentido, con una presentación tanto en Power Point como escrita se les proporcionará recomendaciones en relación a:

- El manejo de los niños con T.D.A.H.
- El refuerzo de la autoestima de estos niños.
- La comunicación.

Siguiendo las sesiones anteriores, para finalizar esta sesión se realizará un turno de dudas y preguntas para afianzar conocimientos.

- *Sesión 6. "Resolución de conflictos I. Tareas del hogar".*

En esta sesión se continuará con la explicación a los padres y familiares de niños con T.D.A.H. de determinadas habilidades y estrategias, en este caso más orientadas a la resolución de conflictos de convivencia en relación con las tareas del hogar. Siguiendo la dinámica de las sesiones anteriores, con una presentación en Power Point se explicará con mayor énfasis algunas de las recomendaciones de la sesión anterior a través de las siguientes actividades, todas ellas basadas en la autora Joselevich, E. (2003):

- *"Sistema de fichas o puntos"*

Se trata de una estrategia muy eficaz para motivar al niño a producir y sostener comportamientos más apropiados, según la cual se realiza un intercambio verbal entre padres e hijos, observando conductas, evaluándolas y proporcionando o quitando puntos en relación a las mismas. Para ello es necesaria la confección de una lista de conductas deseadas, una lista de conductas indeseadas así como una lista de privilegios y multas.

- *"Reconocimiento de conductas y sentimientos"*

Para el reconocimiento activo de las conductas de los niños y de los sentimientos que pueden suscitar en los otros, es recomendable la realización de dibujos y textos simples o incluso dibujos animados en los que se reflejen conflictos y sus resoluciones. Así mismo, una conversación directa con el niño tras una conducta indeseada puede ayudar a tal técnica.

➤ *"Crear visualizaciones: Frenar"*

Esta técnica ayuda a controlar la impulsividad de los niños a través de la imaginación de un semáforo en los momentos en los que la irritación y el conflicto comienzan a crecer.

➤ *"Silencio y afuera"*

Si las técnicas anteriores no son eficaces, es recomendable llevar a cabo esta medida, según la cual el niño deberá colocarse en un lugar sin estímulos para él, en silencio y quieto el doble de tiempo en minutos que su edad.

Tras la explicación de cada una de las actividades se le entregará a cada miembro del grupo unas fichas que recojan lo esencial de cada actividad, de cara a que puedan tenerlas en casa y consultarlas cuando sea necesario (Anexo 7).

Para finalizar se realizará un turno de dudas y preguntas para solucionar aquellos aspectos que no hubieran quedado del todo claros.

- *Sesión 7. "Resolución de conflictos II. Tareas escolares".*

Durante la última de las sesiones de este segundo Bloque se continuará con la explicación a los padres y familiares de niños con T.D.A.H. de determinadas habilidades y estrategias, en este caso más orientadas a la resolución de conflictos de convivencia en relación con las tareas escolares. Igual que en la sesión anterior, mediante una presentación en Power Point se explicarán una serie de actividades fundamentadas en la misma autora:

➤ *"Lectura"*

Técnica orientada a ayudar a los niños con T.D.A.H. que presentan problemas con la lectoescritura. A través de libros sencillos y con caracteres claros se pueden realizar diferentes actuaciones tales como que el niño lea un personaje y el padre otro; o que el padre lea el libro y el niño trate de extraer la idea principal.

➤ *"Matemáticas"*

Técnica para ayudar a los niños con T.D.A.H. que presentan problemas con las matemáticas, la cual consiste en realizar diferentes prácticas como el trabajo con números de plástico para que los niños puedan "tocarlos" o la realización de operaciones con los signos matemáticos en distintos colores.

Ambas técnicas se explican de cara a su aplicación en el entorno escolar. Sin embargo, Joselevich, E. (2003) también habla de la importancia de la comunicación entre profesores y padres, por lo que considero que tales técnicas, siempre que haya una correcta comunicación entre ambos, pueden aplicarse en el ámbito del hogar con la finalidad de seguir la misma dinámica en la escuela y en casa, ayudando así al niño.

Tras esta explicación se entregará a cada miembro del grupo unas fichas que recojan lo esencial de cada actividad, tal y como se realizó en la anterior sesión (Anexo 8).

Para finalizar tendrá lugar un turno de dudas y preguntas.

El contenido teórico explicado durante las sesiones debe ser siempre claro y conciso, de manera que todos los miembros del grupo sean capaces de entender los aspectos principales sobre los que se informa. Además, durante el turno de preguntas es importante incitar a las mismas y permitir la colaboración de todos aquellos que lo deseen, realizando las aclaraciones a todo el grupo y no solo a aquel que ha realizado la pregunta, de manera que ningún miembro del grupo se quede con ninguna duda. Y, por su parte, las

actividades deben quedar bien claras y siempre con objetivos realistas con la finalidad de que no surjan frustraciones a la hora de implementarlas en el hogar.

---

### TEMPORALIZACIÓN

---

Como ya se ha explicado anteriormente, la duración aproximada del grupo de psicoeducación será de dos meses, durante los que se realizará una sesión por semana. Sin embargo, es importante tener en cuenta la preparación previa del mismo.

De esta manera, el lunes 14 de julio del 2014 se realizará la primera reunión con los psiquiatras del Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil, de cara a explicarles las líneas generales del proyecto y a entregarles los trípticos informativos que deberán guardar en sus despachos. Tras una semana, se realizará la segunda reunión, el lunes 21 de julio del 2014, en la que se explicará con más detalle cada una de las sesiones a implementar, con la finalidad de que puedan aportar sugerencias a las mismas.

Una vez establecida la coordinación con los psiquiatras del Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil, daremos un plazo de un mes (todo el mes de agosto) para que puedan seleccionar a los padres y familiares que consideren que pueden formar parte del grupo de psicoeducación, les informen, y éstos puedan leer detenidamente el tríptico y confirmar o no su asistencia.

Una vez establecido el grupo de psicoeducación, comenzarán las sesiones, las cuales se desarrollaran entre los meses de septiembre y octubre, realizando una sesión semanal con una duración de dos horas cada una:

- Sesión 1. "Presentación del proyecto de intervención social", miércoles 3/09/2014.
- Sesión 2. "¿Qué es el T.D.A.H.? I. Definición, causas y comorbilidad", miércoles 10/09/2014.

- Sesión 3. "¿Qué es el T.D.A.H.? II. Diagnóstico y tipos de tratamiento", miércoles 17/09/2014.
- Sesión 4. "Características del T.D.A.H. Conductas y dificultades de los niños que lo padecen", miércoles 24/09/2014.
- Sesión 5. "Prevención de conductas propias del T.D.A.H. a través del control del ambiente", miércoles 1/10/2014.
- Sesión 6. "Resolución de conflictos I. Tareas del hogar", miércoles 8/10/2014.
- Sesión 7. "Resolución de conflictos II. Tareas escolares", miércoles 15/10/2014.
- Sesión 8. "Evaluamos lo aprendido", miércoles 22/10/2014.



## CRONOGRAMA

	JULIO		AGOSTO	SEPTIEMBRE				OCTUBRE			
	Lunes 14/07/2014	Lunes 21/07/2014	Todo el mes	Miércoles 3/09/2014	Miércoles 10/09/2014	Miércoles 17/09/2014	Miércoles 24/09/2014	Miércoles 1/10/2014	Miércoles 8/10/2014	Miércoles 15/10/2014	Miércoles 22/10/2014
Primera reunión psiquiatras y trabajadora social											
Segunda reunión psiquiatras y trabajadora social											
Captación de miembros											
Sesión 1. "Presentación del proyecto de intervención social"											
Sesión 2. "¿Qué es el T.D.A.H.? I. Definición, causas y comorbilidad"											
Sesión 3. "¿Qué es el T.D.A.H.? II. Diagnóstico y tipos de tratamiento"											
Sesión 4. "Características del T.D.A.H. Conductas y dificultades de los niños que lo padecen"											
Sesión 5. "Prevención de conductas propias del T.D.A.H. a través del control del ambiente"											
Sesión 6. "Resolución de conflictos I. Tareas del hogar"											
Sesión 7. "Resolución de conflictos II. Tareas escolares"											
Sesión 8. "Evaluamos lo aprendido"											

---

## JUSTIFICACIÓN Y SELECCIÓN DE LAS TÉCNICAS DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PROYECTO

---

### Bloque III – Evaluación

- *Sesión 8. "Evaluamos lo aprendido".*

A través de esta sesión, la única del tercer Bloque, se realizará la evaluación siguiendo a Zastrow, C. H. (2008):

- Evaluación del proceso: Según el autor, dicha evaluación es una valoración por parte de los miembros del grupo de los aspectos tanto útiles como perjudiciales del mismo. En este sentido se les proporcionará después de cada sesión un breve cuestionario (Anexo 9) con la finalidad de que expresen de manera escrita un feedback positivo o negativo en relación al desarrollo de la misma, de cara a posibles mejoras en las futuras sesiones. Así mismo, se les entregará otro cuestionario más general (Anexo 10) al finalizar todas las sesiones, con el objetivo de evaluar el desarrollo del grupo.
- Evaluación de los resultados: Zastrow, C. H. (2008) afirma que esta evaluación permite valorar el cumplimiento de los objetivos del grupo. Para ello se entregará, por un lado, el mismo cuestionario empleado en la primera sesión (Anexo 5), para evaluar los cambios en sus conocimientos y habilidades; y por otro lado, un cuestionario de satisfacción (Anexo 11).

### ***Indicadores de evaluación***

Las evaluaciones llevadas a cabo durante el desarrollo del proyecto son igual de importantes y necesarias que las realizadas a la finalización del mismo. Sin embargo, es de especial importancia el cuestionario (Anexo 5) de evaluación de cambios en los conocimientos y habilidades de los padres y familiares de niños con T.D.A.H. miembros del grupo de psicoeducación, dado

que el objetivo principal del proyecto es *"Proporcionar a los padres y familiares de niños con T.D.A.H. información sobre el mencionado trastorno así como habilidades y estrategias para ayudar a sus hijos y favorecer así el bienestar de la familia reduciendo el nivel de estrés"*. De esta forma, es conveniente establecer una serie de indicadores de evaluación para cada uno de los objetivos específicos, de tal forma que se pueda evaluar realmente el proyecto en su totalidad.

*Hacer comprender a los padres y familiares de niños con T.D.A.H. la importancia del conocimiento de trastorno.*

### Indicadores

- Los miembros del grupo de psicoeducación asisten a todas las sesiones, y lo hacen de manera puntual con el horario.

INDICADOR	MARGEN	HERRAMIENTA
<b>Porcentaje de usuarios que asisten a la sesión.</b>	80% - 90% de asistencia	Hoja de asistencia y puntualidad (Anexo 12)

INDICADOR	MARGEN	HERRAMIENTA
<b>Porcentaje de puntualidad de los usuarios.</b>	80% - 90% de puntualidad	Hoja de asistencia y puntualidad (Anexo 12)

- Se presta atención a las explicaciones, interaccionando tanto con la profesional responsable como con los demás participantes.

INDICADOR	MARGEN	HERRAMIENTA
<b>Porcentaje de usuarios que toman parte activa en la sesión.</b>	80% - 90% de participación	Hoja participación (Anexo 13)

*Ofrecer a los padres y familiares de niños con T.D.A.H. toda la información necesaria sobre el T.D.A.H. (causas, comorbilidad, diagnóstico y tratamiento).*

### Indicadores

- Los miembros del grupo de psicoeducación asisten a todas las sesiones, y lo hacen de manera puntual con el horario.

INDICADOR	MARGEN	HERRAMIENTA
<b>Porcentaje de usuarios que asisten a las sesiones.</b>	80% - 90% de asistencia	Hoja de asistencia y puntualidad (Anexo 12)

INDICADOR	MARGEN	HERRAMIENTA
<b>Porcentaje de puntualidad de los usuarios.</b>	80% - 90% de puntualidad	Hoja de asistencia y puntualidad (Anexo 12)

- Se presta atención a las explicaciones, interaccionando tanto con la profesional responsable como con los demás participantes.

INDICADOR	MARGEN	HERRAMIENTA
<b>Porcentaje de usuarios que toman parte activa en las sesiones.</b>	80% - 90% de participación	Hoja participación (Anexo 13)

- Conocen las causas del T.D.A.H.

INDICADOR	MARGEN	HERRAMIENTA
<b>Porcentaje de usuarios que conocen las causas del T.D.A.H.</b>	80% - 90% de usuarios que las conocen	Cuestionario de evaluación. Pregunta 2 (Anexo 5)

- Conocen la comorbilidad del T.D.A.H.

INDICADOR	MARGEN	HERRAMIENTA
<b>Porcentaje de usuarios que conocen la comorbilidad del T.D.A.H.</b>	80% - 90% de usuarios que la conocen	Cuestionario de evaluación. Pregunta 3 (Anexo 5)

- Conocen las modalidades de diagnóstico del T.D.A.H.

INDICADOR	MARGEN	HERRAMIENTA
<b>Porcentaje de usuarios que conocen los diagnósticos del T.D.A.H.</b>	80% - 90% de usuarios que los conocen	Cuestionario de evaluación. Pregunta 4 (Anexo 5)

- Conocen los distintos tratamientos para el T.D.A.H.

INDICADOR	MARGEN	HERRAMIENTA
<b>Porcentaje de usuarios que conocen los tratamientos para el T.D.A.H.</b>	80% - 90% de usuarios que los conocen	Cuestionario de evaluación. Pregunta 5 (Anexo 5)

*Ofrecer a los padres y familiares de niños con T.D.A.H. toda la información necesaria sobre las conductas y dificultades de los niños que lo padecen.*

#### Indicadores

- Los miembros del grupo de psicoeducación asisten a todas las sesiones, y lo hacen de manera puntual con el horario.

INDICADOR	MARGEN	HERRAMIENTA
<b>Porcentaje de usuarios que asisten a las sesiones.</b>	80% - 90% de asistencia	Hoja de asistencia y puntualidad (Anexo 12)

INDICADOR	MARGEN	HERRAMIENTA
<b>Porcentaje de puntualidad de los usuarios.</b>	80% - 90% de puntualidad	Hoja de asistencia y puntualidad (Anexo 12)

- Se presta atención a las explicaciones, interaccionando tanto con la profesional responsable como con los demás participantes.

INDICADOR	MARGEN	HERRAMIENTA
<b>Porcentaje de usuarios que toman parte activa en las sesiones.</b>	80% - 90% de participación	Hoja participación (Anexo 13)

- Conocen y reconocen las conductas y dificultades de los niños con T.D.A.H.

INDICADOR	MARGEN	HERRAMIENTA
<b>Porcentaje de usuarios que conocen y reconocen las conductas y dificultades asociadas al T.D.A.H.</b>	80% - 90% de usuarios que las conocen	Cuestionario de evaluación. Preguntas 6 y 7 (Anexo 5)

*Dotar a los padres y familiares de niños con T.D.A.H. de las habilidades y estrategias necesarias para la prevención de conductas mediante el control del ambiente.*

#### Indicadores

- Los miembros del grupo de psicoeducación asisten a todas las sesiones, y lo hacen de manera puntual con el horario.

INDICADOR	MARGEN	HERRAMIENTA
<b>Porcentaje de usuarios que asisten a las sesiones.</b>	80% - 90% de asistencia	Hoja de asistencia y puntualidad (Anexo 12)

INDICADOR	MARGEN	HERRAMIENTA
<b>Porcentaje de puntualidad de los usuarios.</b>	80% - 90% de puntualidad	Hoja de asistencia y puntualidad (Anexo 12)

- Se presta atención a las explicaciones, interaccionando tanto con la profesional responsable como con los demás participantes.

INDICADOR	MARGEN	HERRAMIENTA
<b>Porcentaje de usuarios que toman parte activa en las sesiones.</b>	80% - 90% de participación	Hoja participación (Anexo 13)

- Conocen y son capaces de aplicar en casa las técnicas explicadas.

INDICADOR	MARGEN	HERRAMIENTA
<b>Porcentaje de usuarios que conocen y son capaces de aplicar las técnicas explicadas.</b>	80% - 90% de usuarios que las conocen y saben aplicar	Cuestionario de evaluación. Preguntas 8 y 9 (Anexo 5)

*Dotar a los padres y familiares de niños con T.D.A.H. de las habilidades y estrategias necesarias para la resolución de conflictos en la convivencia.*

### Indicadores

- Los miembros del grupo de psicoeducación asisten a todas las sesiones, y lo hacen de manera puntual con el horario.

INDICADOR	MARGEN	HERRAMIENTA
<b>Porcentaje de usuarios que asisten a las sesiones.</b>	80% - 90% de asistencia	Hoja de asistencia y puntualidad (Anexo 12)

INDICADOR	MARGEN	HERRAMIENTA
<b>Porcentaje de puntualidad de los usuarios.</b>	80% - 90% de puntualidad	Hoja de asistencia y puntualidad (Anexo 12)

- Se presta atención a las explicaciones, interaccionando tanto con la profesional responsable como con los demás participantes.

INDICADOR	MARGEN	HERRAMIENTA
<b>Porcentaje de usuarios que toman parte activa en las sesiones.</b>	80% - 90% de participación	Hoja participación (Anexo 13)

- Conocen y son capaces de aplicar en casa las técnicas explicadas.

INDICADOR	MARGEN	HERRAMIENTA
<b>Porcentaje de usuarios que conocen y son capaces de aplicar las técnicas explicadas.</b>	80% - 90% de usuarios que las conocen y saben aplicar	Cuestionario de evaluación. Preguntas 10 y 11 (Anexo 5)



---

RECURSOS MATERIALES Y HUMANOS

---

---

MATERIALES

---

- Sala de “sesiones clínicas” ubicada en la 3º planta del Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa”, que permita albergar a 16 personas sentadas y a la trabajadora social encargada del proyecto.
- Ordenador.
- Proyector para presentaciones en Power Point.
- Presentaciones en Power Point impresas en papel.
- Trípticos informativos.
- Normas del grupo impresas para cada uno de los participantes.
- Objetivos del grupo impresos para cada uno de los participantes.
- Consentimientos informados para cada uno de los participantes.
- Fichas de comportamiento para la sesión 4.
- Cuestionarios por sesión.
- Cuestionarios de evaluación (inicial, final y del proceso).
- Cuestionarios de satisfacción.

---

HUMANOS

---

*Equipo de trabajo*

- Psiquiatras del Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil, puesto que son quienes diagnostican y tratan a los niños con T.D.A.H. y, como ya se ha explicado, quienes informarán del grupo de psicoeducación a los padres y familiares que consideren oportuno.
- Trabajadora social del Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil, puesto que será la encargada de dirigir el grupo de psicoeducación.

*Grupo de padres y familiares*

- El grupo estará formado por 16 personas como máximo y 12 como mínimo. Se intentará potenciar la asistencia de ambos padres o familiares de cada niño pero, sin embargo, también se permitirá la asistencia individual.

El grupo de padres y familiares será un grupo cerrado, es decir, tal y como afirman tanto Fernández, T. y López, A. (2006) como Zastrow, C. H. (2008) su composición quedará inalterada hasta el final del mismo. La razón de esta decisión radica en la búsqueda de la máxima eficacia ya que, según los mencionados autores, generalmente estos grupos funcionan de manera más eficaz al estar compuestos por un número constante de personas que operan en un tiempo establecido. Además, Lindsay, T. y Orton, S. (2008) consideran que los grupos cerrados aportan mayor intimidad a sus miembros. Sin embargo, la trabajadora social encargada de dirigir el grupo deberá estar preparada ante el posible abandono del grupo por parte de algún miembro.

En relación a la duración, ya se ha explicado que será de aproximadamente dos meses, en los que se llevarán a cabo ocho sesiones, una por semana. Por lo tanto, se tratará de un grupo de corta duración ya que tal y como afirman Fernández, T. y López, A. (2006), éstos grupos tienen entre una y doce sesiones. Por otra parte, las sesiones serán de dos horas cada una; Según Zastrow, C. H. (2008) las reuniones de una o dos horas suelen dar lugar a actividades y conductas productivas; en oposición a las de menor duración, en las que no se dispone de tiempo suficiente para discutir a fondo todos los temas oportunos, o a las de mayor duración, en las que los participantes pierden parte de su concentración. Sin embargo, será la encargada de dirigir el grupo la que decida el momento concreto de finalizar la sesión, permitiendo alargar el tiempo en caso de que sea necesario. Además, la existencia de más de cuatro días entre sesiones (una semana en este caso) permite que los participantes puedan trabajar y aplicar lo aprendido en cada sesión de cara a alcanzar los objetivos tanto personales como grupales.

## ORGANIZACIÓN DEL EQUIPO DE TRABAJO Y ASIGNACIÓN DE RESPONSABILIDADES

---

El equipo de trabajo, como ya se ha ido mencionando anteriormente, posee en su organización dos tipos de responsabilidades diferentes orientadas a la captación y al desarrollo del proyecto:

---

### **PSQUIATRAS DEL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL**

---

Los psiquiatras del Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil tendrán como principal responsabilidad la de seleccionar a los padres y familiares de niños diagnosticados y tratados de T.D.A.H. que consideren que reúnen las condiciones necesarias para formar parte del grupo de psicoeducación para, posteriormente, informarles del mismo a través de los trípticos informativos de que dispondrán en sus despachos. Una vez seleccionados e informados, deberán comunicar a la encargada del grupo quienes formarán parte definitivamente del mismo.

Además deben colaborar en las reuniones con la trabajadora social del Servicio mediante sugerencias para las sesiones que se llevarán a cabo dentro del grupo de psicoeducación.

---

### **TRABAJADORA SOCIAL DEL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL**

---

La trabajadora social del Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil es la principal responsable del proyecto.

En primer lugar, deberá planificar, establecer y comunicar a los psiquiatras del servicio las reuniones que tendrán lugar antes del inicio del grupo de psicoeducación.

Y en segundo lugar, será la encargada de planificar el contenido de cada sesión así como de llevarlas a cabo junto con el grupo. Por lo tanto, también deberá encargarse de la preparación de todo el material necesario para cada una de las sesiones.

## PRESUPUESTO Y FUENTES DE FINANCIACIÓN

*"El presupuesto es la expresión monetaria de valor de los inputs o recursos necesarios para llevar a cabo el Proyecto"* (García, G. y Ramírez, J. M., 1996, pp.249). Según estos autores, el coste total del proyecto es resultado de los "Costes específicos" y los "Costes asignados". Los primeros hacen referencia a las necesidades de financiación del proyecto, es decir, se trata de recursos necesarios para llevar a cabo el proyecto y de los cuales no se dispone. En cambio, los segundos hacen referencia a recursos de los que sí se dispone y, por lo tanto, no es necesario financiar. En relación a este proyecto de intervención social, los costes serían los siguientes:

## ESPECÍFICOS

Materiales

- Presentaciones en Power Point impresas en papel: 840 euros

Diapositivas Power Point	Precio/ Hoja	Sesiones con Power Point	Copias	Total
50	0,15 euros	7	16	<b>840 euros</b>

- Trípticos informativos: 6 euros

Hojas tríptico	Precio/ Hoja	Copias	Total
2	0,15 euros	20	<b>6 euros</b>

- Normas del grupo impresas para cada uno de los participantes: 3 euros

Hojas normas	Precio/ Hoja	Copias	Total
1	0,15 euros	20	<b>3 euros</b>

- Objetivos del grupo impresos para cada uno de los participantes: 3 euros

Hojas objetivos	Precio/ Hoja	Copias	Total
1	0,15 euros	20	<b>3 euros</b>

- Consentimientos informados para cada uno de los participantes: 6 euros

Hojas consentimiento	Precio/ Hoja	Copias	Total
2	0,15 euros	20	<b>6 euros</b>

- Fichas de comportamiento para la sesión 4: 6 euros

Hojas fichas de comportamiento	Precio/ Hoja	Copias	Total
1	0,15 euros	40	<b>6 euros</b>

- Cuestionarios por sesión: 21 euros

Hojas cuestionarios sesión	Precio/ Hoja	Copias	Número de sesiones	Total
1	0,15 euros	20	7	<b>21 euros</b>

- Cuestionarios de evaluación (inicial y final): 12 euros

Hojas cuestionarios evaluación	Precio/ Hoja	Copias	Inicial y final	Total
2	0,15 euros	20	2 veces	<b>12 euros</b>

- Cuestionarios de evaluación del proceso: 3 euros

Hojas cuestionarios evaluación del proceso	Precio/ Hoja	Copias	Total
1	0,15 euros	20	<b>3 euros</b>

- Cuestionarios de satisfacción: 3 euros (1 hoja x 0,15 euros x 20 veces)

Hojas cuestionarios satisfacción	Precio/ Hoja	Copias	Total
1	0,15 euros	20	<b>3 euros</b>

---

#### ASIGNADOS

---

##### Humanos<sup>1</sup>

- Trabajadora Social de la Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil: 282,8 euros

Total Año	Total Mes	Total Hora <sup>2</sup>	Horas dedicadas	Total por profesional	Prof.	Total para el proyecto
25.454,34€	2.121,19€	14,14€	20 <sup>3</sup>	282,8€	1	282,8€

<sup>1</sup> Según las retribuciones correspondientes al año 2013 del personal del servicio aragonés de salud

<sup>2</sup> 37 horas y media semanales

<sup>3</sup> 4 horas de preparación y 2 horas por sesión

- Psiquiatras de la Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil: 423,18 euros

Total Año	Total Mes	Total Hora <sup>4</sup>	Horas dedicadas	Total por profesional	Prof.	Total para el proyecto
42.325,64€	3.527,14€	23,51€	6 <sup>5</sup>	141,06€	3	423,18€

### Materiales

- Sala de "sesiones clínicas" ubicada en la 3º planta del Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa"
- Ordenador: 400 euros
- Proyector para presentaciones en Power Point: 80 euros

Una vez conocidos los costes de los recursos, el presupuesto ha de elaborarse relacionando y equilibrando "Gastos" e "Ingresos".

### PRESUPUESTO

GASTOS		INGRESOS	
Materiales	1383 euros	Materiales	1411 euros
Humanos	706 euros	Humanos	706 euros
Imprevistos (2%)	28 euros		
<b>TOTAL GASTOS</b>	<b>2117 euros</b>	<b>TOTAL GASTOS</b>	<b>2117 euros</b>

Tabla 4. Presupuesto  
Fuente: Elaboración propia

<sup>4</sup> 37 horas y media semanales

<sup>5</sup> 6 horas de preparación y captación

---

## CONCLUSIONES

---

- El T.D.A.H. está presente en un porcentaje de entre 3% - 6% de los niños en edad preescolar, afectándoles a sus procesos psicológicos básicos para la adaptación social y afectiva así como al aprendizaje debido a la presencia de síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad que se mantienen en el tiempo y dan lugar a desajustes en al menos dos contextos distintos tales como el hogar, la escuela, el grupo de iguales o el trabajo. A la hora de estudiarlo es importante tener en cuenta su comorbilidad o, lo que es lo mismo, su frecuente asociación con otros trastornos psiquiátricos como los trastornos de ansiedad, de comportamiento, del aprendizaje, los estados de ánimo o los tics.
- El tratamiento del T.D.A.H. debe abordarse de manera multidisciplinar, ofreciendo un tratamiento farmacológico acompañado por otro psicoeducativo a los niños pero, sobre todo, a las familias y el contexto, asesorando a los padres para que sean capaces de conocer con precisión en qué consiste el trastorno, cómo puede afectarles, cuales son los problemas asociados, las posibilidades de tratamiento así como las capacidades de afrontamiento de que disponen, lo cual fundamenta los objetivos generales y específicos de este Proyecto de Intervención Social.
- Por otra parte, la revisión bibliográfica en la que se ha basado la metodología de este Proyecto, ha proporcionado experiencias previas en relación con el desconocimiento de las familias de niños con T.D.A.H. acerca del trastorno así como de los beneficios de la psicoeducación, lo cual demuestra la necesidad y viabilidad del Proyecto propuesto.
- Tras la búsqueda bibliográfica se ha podido constatar así mismo la existencia de una relación recíproca entre el sistema familiar y el



T.D.A.H. puesto que el sistema familiar influye en el trastorno debido a la interacción continua de los miembros pero, a su vez, el T.D.A.H. influye sobre el funcionamiento familiar. Estas relaciones se dan de manera especial con los padres, puesto que son los que interaccionan en mayor medida con los niños; por este motivo se establece la necesidad de dirigir a ellos este Proyecto. En este sentido además la revisión bibliográfica ha aportado de nuevo experiencias previas que demuestran los cambios que el asesoramiento y entrenamiento de los padres provoca en los mismos, mejorando su conocimiento acerca del trastorno así como las atribuciones y expectativas en relación a la problemática de sus hijos; demostrando de nuevo la necesidad de llevar a cabo el presente Proyecto.

- En base a todo lo mencionado anteriormente se han establecido unos objetivos y, posteriormente, se han diseñado ocho sesiones formativas en relación a los mismos de carácter teórico y práctico. Estas sesiones están dirigidas a los padres y familiares de niños con T.D.A.H. con la finalidad principal de que estos reciban no solo información teórica acerca del trastorno sino también una serie de habilidades para hacer frente al mismo, lo cual es poco frecuente en la actualidad dada la predominancia existente del tratamiento farmacológico frente al psicoeducativo.
- El presente Proyecto, al realizarse en el Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" de Zaragoza, admite la participación de padres y familiares pertenecientes al Sector Sanitario 3 y cuyos hijos sean diagnosticados de T.D.A.H. en el mencionado Hospital.
- En cuanto a los recursos humanos utilizados para el desarrollo del Proyecto de Intervención Social, lo más importante es el trabajo en equipo entre los psiquiatras y la trabajadora social. La razón de que sea la trabajadora social quien lleve a cabo las diferentes sesiones con

el grupo radica en las numerosas problemáticas asociadas al T.D.A.H. que afectan al entorno familiar.

- Por último, es importante no hacer mención únicamente a los puntos fuertes y la viabilidad del Proyecto, sino que también es necesario hacer referencia a los puntos débiles que podrían surgir en una hipotética situación de implantación del mismo. Entre ellos, destaca la disponibilidad real de la trabajadora social del Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" para la realización de las sesiones de manera combinada con su trabajo habitual, así como la disponibilidad de los recursos materiales propios del Hospital durante el periodo de duración del grupo de psicoeducación. A pesar de estos inconvenientes que pueden tener lugar, las experiencias previas en relación a programas de psicoeducación confirman, como ya se ha mencionado, unos claros beneficios en favor tanto de las familias como de los propios niños con T.D.A.H, por lo que merece la pena tratar de conseguir la implantación del mismo.

## BIBLIOGRAFÍA

- Amador, J. A., Forns, M. y González, M. (2010). *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Arco, J. L., Fernández, F. D. e Hinojo, F. J. (2004). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: intervención psicopedagógica [Versión electrónica]. *Revista Psicothema*, 16, (3): 408-414.
- Benassini, O. (2005). *Trastornos de la atención. Origen, diagnóstico, tratamiento y enfoque psicoeducativo*. Sevilla: Editorial Trillas, S. A. de C. V.; Editorial MAD S. L.
- Bernaldo de Quirós, G. y Joselevich, E. (2003). Qué es el síndrome de déficit de atención con o sin hiperactividad (AD/HD). En Joselevich, E. (Comp.), AD/HD Síndrome de déficit de atención con o sin hiperactividad. Qué es, qué hacer. Recomendaciones para padres y docentes (pp. 17-41). Buenos Aires: Paidós.
- Fernández, T. y López, A. (2006). *Trabajo Social con grupos*. Madrid: Alianza Editorial.
- García, G. y Ramírez, J. M. (1996). *Diseño y evaluación de Proyectos sociales*. Zaragoza: Libros Certeza.
- García, N., Clavel, M., Puente, R., Riaza, C. y Quintero, F.J. (2006). Intervenciones no farmacológicas en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). En Quintero, F. J., Correas, J. y Quintero Lumbreras, F. J., Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad a lo largo de la vida (pp. 195-211). Madrid: ERGON
- Joselevich, E. (2003). El niño con AD/HD necesita algo más que otros niños. En Joselevich, E. (Comp.), AD/HD Síndrome de déficit de atención con o sin hiperactividad. Qué es, qué hacer. Recomendaciones para padres y docentes (pp. 97-148). Buenos Aires: Paidós.
- Korceniowsk, C. e Ison, M. S. (2008). Estrategias psicoeducativas para padres y docentes de niños con TDAH [Versión electrónica]. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, vol. XVII: 65-71.

- Lavigne, R. y Romero, J. F. (2010). *El TDAH. ¿Qué es?, ¿qué lo causa?, ¿cómo evaluarlo y tratarlo?*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Lindsay, T. y Orton, S. (2008). *Groupwork Practice in Social Work*. Great Britain: Learning Matters Ltd.
- Michanie, C. (2000). Comorbilidad en el AD/HD. En Joselevich, E. (Ed.), Síndrome de déficit de atención con o sin hiperactividad A.D./H.D. en niños, adolescentes y adultos (pp.41-53). Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica SA.
- Montañés, F. y de Lucas, M. T. (2006). *Hiperactividad, déficit de atención y conducta desafiante. Guía psicoeducativa y de tratamiento. Manual práctico para padres y profesores*. Barcelona: Ars Medica.
- Presentación, M. J., Pinto, V., Meliá, A. y Miranda, A. (2009). Efectos sobre el contexto familiar de una intervención psicosocial compleja en niños con TDAH [Versión electrónica]. *Escritos de Psicología*, 2 (3): 18-26.
- Roselló, B., García-Castellar, R., Tárraga-Mínguez, R. y Mulas, F. (2003). El papel de los padres en el desarrollo y aprendizaje de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad [Versión electrónica]. *Revista de Neurología*, 36 (supl 1): S79-S84.
- Servicio Aragonés de Salud (2013). *Retribuciones correspondientes al año 2013 del personal del servicio Aragonés de salud al que resulta de aplicación el sistema retributivo Establecido en la ley 55/2003, del estatuto marco del personal estatutario de los servicios de salud*.
- Vásquez, R., Benítez, M., Izquierdo, A., Dueñas, Z., Gómez, D. L. y Caicedo, J. C. (2011). ¿Qué es la hiperactividad y cómo ven el problema los padres? Análisis de los motivos de consulta y las estrategias de afrontamiento del TDAH en una muestra de estratos socioeconómicos altos de Bogotá [Versión electrónica]. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40, (3): 488-503.
- Zastrow, C. H. (2008). *Trabajo Social con Grupos*. Madrid: Cengage Learning Paraninfo, S. A.

## ÍNDICE DE TABLAS

---

Tabla 1. Criterios para el T.D.A.H. según la CIE-10.....	6
Tabla 2. Criterios T.D.A.H. según el DSM-IV .....	8
Tabla 3. Actuaciones y actividades .....	35
Tabla 4. Presupuesto .....	62

## ANEXOS

## ANEXO 1

¿Tu hijo tiene  
T.D.A.H.?

## TEMAS A TRATAR

- ❖ ¿Qué es el T.D.A.H.?
- ❖ ¿Cuáles son sus causas?
- ❖ ¿Se relaciona con otros diagnósticos?
- ❖ Evaluación y diagnóstico
- ❖ Tipos de tratamiento
- ❖ Características del T.D.A.H.
- ❖ Prevención de conductas y resolución de conflictos

¿Está interesado en  
participar?

SÍ ☐ NO ☐

Información para  
padres y familiares de  
niños con Trastorno por  
Déficit de Atención e  
Hiperactividad  
(T.D.A.H.).



Avenida San Juan  
Bosco nº 15  
CP. 50009 Zaragoza



EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E  
HIPERACTIVIDAD (T.D.A.H.) AFECTA  
A UN PORCENTAJE DE ENTRE 3% – 6% DE LOS NIÑOS  
EN EDAD PREESCOLAR.

#### SÍNTOMAS EN RELACIÓN A

- Desatención
- Hiperactividad
- Impulsividad

#### SUBTIPOS QUE PUEDE PRESENTAR SU HIJO CON T.D.A.H.

- Predominio del déficit de atención
- Predominio hiperactivo-impulsivo
- Combinado

#### DIAGNÓSTICOS CON LOS QUE PUEDE RELACIONARSE

- Ansiedad
- Estados de ánimo
- Trastornos del comportamiento
- Tics
- Trastornos del aprendizaje

#### CAUSAS

- Neuroanatómicas y/o  
funcionales
- Genéticas
- Neuroquímicas
- Psicológicas



T  
D  
A  
H

---

ANEXO 2

---

**Normas**

1. Se debe asistir a todas las sesiones programadas. En caso de no poder acudir se deberá comunicar con antelación.
2. Se debe ser puntual en los horarios, respetando los mismos con la finalidad de hacer un aprovechamiento total del tiempo disponible.
3. Durante las sesiones no se puede comer ni fumar.
4. Debe haber un respeto total hacia los demás asistentes y hacia los profesionales.
5. Es importante la interacción tanto con los demás asistentes como con los profesionales, de cara a una mayor comprensión por parte de todos. Siempre respetando los turnos de palabra y las dinámicas establecidas.
6. Es importante la colaboración en las actividades durante las sesiones así como la ejecución de las mismas en el hogar, con la finalidad de poder comprobar si se han comprendido correctamente y resolver aquello que no hubiera quedado claro.



ANEXO 3

---

**Objetivos****Objetivo General**

Proporcionar a los padres y familiares de niños con T.D.A.H. información sobre el mencionado trastorno así como habilidades y estrategias para ayudar a sus hijos y favorecer así el bienestar de la familia reduciendo el nivel de estrés.

**Objetivos Específicos**

- Hacer comprender a los padres y familiares de niños con T.D.A.H. la importancia del conocimiento de trastorno.
- Ofrecer a los padres y familiares de niños con T.D.A.H. toda la información necesaria sobre el T.D.A.H. (causas, comorbilidad, diagnóstico y tratamiento).
- Ofrecer a los padres y familiares de niños con T.D.A.H. toda la información necesaria sobre las conductas y dificultades de los niños que lo padecen.
- Dotar a los padres y familiares de niños con T.D.A.H. de las habilidades y estrategias necesarias para la prevención de conductas mediante el control del ambiente.
- Dotar a los padres y familiares de niños con T.D.A.H. de las habilidades y estrategias necesarias para la resolución de conflictos en la convivencia.

## ANEXO 4



## HOJA DE CONSENTIMIENTO

**Estimado participante,**

Desde el Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa”, se va a realizar un Proyecto de Intervención Social **“Grupos de psicoeducación para padres de niños con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad”**.

Antes de confirmar su participación en el proyecto es importante que entienda en qué consiste. Por favor, lea detenidamente este documento y pregunte todas las dudas que le puedan surgir.

**Introducción:** El objetivo general de este proyecto es proporcionar a los padres y familiares de niños con T.D.A.H. información sobre el mencionado trastorno así como habilidades y estrategias para ayudar a sus hijos y favorecer así el bienestar de la familia reduciendo el nivel de estrés.

**Proceso:** Con este objetivo se realizarán ocho sesiones grupales de dos horas de duración aproximadamente en las que se realizarán diferentes actividades para proporcionar tanto información teórica como habilidades y estrategias en relación al T.D.A.H.

**Participación:** La participación en este proyecto es voluntaria. Usted decide si participar o no e incluso si usted decide participar, puede retirarse en cualquier momento sin tener que dar explicaciones.

**Confidencialidad:** Sus opiniones tendrán un carácter totalmente confidencial.

**Preguntas/información:** Si tiene alguna pregunta antes, durante o después de la sesión de grupo o entrevista puede hablar con la responsable del mismo o consultárselas a cualquiera de los profesionales del Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa”.

**Consentimiento:** Si está de acuerdo en participar firme en el espacio reservado para ello.

**Yo, con DNI, ..... (Nombre y apellidos)**

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el proyecto.

He recibido suficiente información sobre el proyecto.

He hablado con: .....

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme:

1) cuando quiera

2) sin tener que dar explicaciones

Presto libremente mi conformidad para participar en el proyecto.

Firma del participante:

-----

Fecha:

-----

He explicado la naturaleza y el propósito del proyecto de intervención social al participante.

Firma del Investigador:

-----

Fecha:

-----

## ANEXO 5

**Cuestionario de evaluación**

Nos gustaría que empleara unos minutos en contestar las siguientes preguntas en relación al T.D.A.H. con la finalidad de evaluar sus conocimientos acerca del mismo así como sus cambios derivados del proyecto de intervención social. Este cuestionario es totalmente anónimo, por lo que no debe especificar su nombre si no lo desea.

Seleccione una única opción del 1 al 5 (1-Nada. 2-Poco. 3-Normal. 4-Bastante. 5-Mucho.):

1. Considero importante la comprensión acerca del T.D.A.H. para poder ayudar a mi hijo/familiar con T.D.A.H.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

Comentarios \_\_\_\_\_

2. Conozco las causas del T.D.A.H.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

Comentarios \_\_\_\_\_

3. Conozco los posibles diagnósticos con los que puede relacionarse el T.D.A.H. (comorbilidad).

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

¿Cuáles? \_\_\_\_\_

Comentarios \_\_\_\_\_

4. Conozco los síntomas del T.D.A.H.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

Comentarios \_\_\_\_\_

5. Conozco los distintos tipos de tratamiento para el T.D.A.H.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

Comentarios \_\_\_\_\_

6. Conozco las distintas conductas y dificultades de los niños con T.D.A.H.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

Comentarios \_\_\_\_\_

7. Reconozco dichas conductas y dificultades cuando las veo.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

Comentarios \_\_\_\_\_

8. Conozco estrategias para prevenir las mencionadas conductas.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

Comentarios \_\_\_\_\_

9. Soy capaz de aplicar las mencionadas estrategias para prevenir las conductas propias del T.D.A.H.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

Comentarios \_\_\_\_\_

10. Conozco estrategias para resolver conflictos que puedan surgir con niños con T.D.A.H.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

Comentarios \_\_\_\_\_

11. Soy capaz de aplicar las mencionadas estrategias para resolver conflictos.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

Comentarios \_\_\_\_\_

## ANEXO 6

<b><i>FICHA DE COMPORTAMIENTO</i></b>	
<b>CONDUCTA</b>	<b>REACCIÓN</b>

## ANEXO 7

***"Sistema de fichas o puntos"******Objetivo***

Motivar al niño a producir y sostener comportamientos más apropiados.

***Aplicación***

1. Confección de una lista de conductas deseadas e indeseadas.
2. Confección de una lista de privilegios y multas.
3. Observación y evaluación de conductas.
4. Administración de puntos en relación a las mismas.

***"Reconocimiento de conductas y sentimientos"******Objetivo***

Reconocimiento activo de las conductas de los niños y de los sentimientos que pueden suscitar.

***Aplicación***

1. Realización de dibujos, textos simples o dibujos animados en los que se reflejen conflictos y sus resoluciones.
2. Conversación directa con el niño tras una conducta indeseada.

### ***"Crear visualizaciones: Frenar"***

---

#### *Objetivo*

Controlar la impulsividad de los niños.

#### *Aplicación*

1. Imaginación de un semáforo en los momentos en los que la irritación y el conflicto comienzan a crecer.

### ***"Silencio y afuera"***

---

#### *Objetivo*

Controlar las conductas indeseadas de los niños.

#### *Aplicación*

1. Colocación del niño en un lugar sin estímulos para él, en silencio y quieto el doble de tiempo en minutos que su edad.



## ANEXO 8

---

**"LECTURA"**

---

*Objetivo*

Ayudar a los niños con T.D.A.H. que presentan problemas con la lectoescritura.

*Aplicación*

1. Realización de actividades padre-hijo a través de libros sencillos y con caracteres claros:
  - Lectura de un personaje por parte del hijo y de otro por parte del padre.
  - Lectura del libro por parte del padre e interpretación del mismo por el niño.

---

**"MATEMÁTICAS"**

---

*Objetivo*

Ayudar a los niños con T.D.A.H. que presentan problemas con las matemáticas

*Aplicación*

1. Trabajo con números de plástico.
2. Realización de operaciones con los signos matemáticos en distintos colores.

## ANEXO 9

	VALORACIÓN	INCIDENCIAS	PROPUESTAS DE MEJORA
Duración ajustada al programa			
Contenido de la sesión			
Material utilizado en la sesión			
Participación individual			
Participación del grupo			

---

ANEXO 10

---

**Evaluación del proceso**

1. Explique de manera resumida los aspectos más positivos del grupo de psicoeducación (Materiales, técnicas, incidentes, etc.).
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
2. Explique de manera resumida los aspectos negativos del grupo de psicoeducación (Materiales, técnicas, incidentes, etc.).
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
3. Sugerencias de cambio y mejora.

## ANEXO 11

**Cuestionario de satisfacción**

Nos gustaría que empleara unos minutos en evaluar su experiencia en el grupo de psicoeducación de cara a futuros cambios y mejoras en el mismo. Este cuestionario es totalmente anónimo, por lo que no debe especificar su nombre si no lo desea.

Seleccione una única opción del 1 al 4 (1-Nada satisfecho. 2-Poco satisfecho. 3-Normal. 4-Muy satisfecho):

1. ¿Cómo se siente en relación al cumplimiento de los objetivos por parte del grupo?

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐

Comentarios \_\_\_\_\_

2. ¿Cómo se siente en relación a su propio cumplimiento de los objetivos?

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐

Comentarios \_\_\_\_\_

3. ¿Cómo se siente en relación a la labor de la profesional responsable?

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐

Comentarios \_\_\_\_\_

4. ¿Cómo se siente en relación a la participación y colaboración de los demás miembros del grupo?

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐

Comentarios \_\_\_\_\_

## ANEXO 12

[illegible]

## ANEXO 13

Nombre	Sesión 1	Sesión 2	Sesión 3	Sesión 4	Sesión 5	Sesión 6
	Participación(*)	Participación	Participación	Participación	Participación	Participación

(\*) Valoración de la participación

1 – 5 → 1 (Muy poco) 2 (Poco) 3 (Suficiente) 4 (Bastante) 5 (Mucho)